



LAUREA

Potilaiden käsityksiä lonkan
tekonivelleikkausta edeltävästä
preoperatiivisesta fysioterapiahjauksesta

• • • • •

Hirvonen, Niina

Åman, Riikka

2010 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Potilaiden käsityksiä lonkan tekonivelleikkausta edeltävästä preoperatiivisesta fysioterapiahjauksesta

Niina Hirvonen
Riikka Åman
Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2010

Niina Hirvonen, Riikka Åman

Potilaiden käsityksiä lonkan tekonivelleikkausta edeltävästä preoperatiivisesta fysioterapiaohjauksesta

Vuosi 2010

Sivumäärä 62

Nivelrikko eli artroosi on yksi yleisimmistä tuki- ja liikuntaelinvaivoja aiheuttavista sairauksista. Nivelrikko aiheuttaa muutoksia nivelkapselissa, luussa ja nivelrustossa. Muutosten seurauksena liikkuminen vaikeutuu liikerajoitusten ja kivun myötä. Nivelrikon hoitomuotoina ovat konservatiivinen hoito ja tekonivelleikkaus. Suomessa tehdään tuhansia tekonivelleikkauksia joka vuosi. Lonkan tekonivelleikkaus on kallis operaatio, mutta siitäkin huolimatta se on taloudellisesti kannattavaa ja se parantaa elämänlaatua.

Opinnäytetyössä käsitellään preoperatiivista ohjausta lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä. Opinnäytetyön tarkoituksena on saada tietoa preoperatiivisesta fysioterapiaohjauksesta lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää lonkan tekonivelleikkaukseen tulevien potilaiden käsityksiä sairaalan preoperatiivisesta fysioterapiaohjauksesta. Opinnäytetyön yhteistyökumppaneita ovat Laurea - ammattikorkeakoulun lisäksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri sekä Jyväskylän yliopisto.

Tutkimuksessa oli mukana kymmenen potilasta. Tutkimukseen osallistumisen kriteerinä oli 60 - 80 vuoden ikä, suomen kielen taito ja lonkan tekonivelleikkauksen oli oltava ensimmäinen. Tutkimusmenetelmänä on laadullinen tutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluilla, jotka suoritettiin sairaalassa preoperatiivisen fysioterapiakäynnin jälkeen. Haastattelut nauhoitettiin nauhurilla. Tutkimustulosten analyysi tehtiin sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten perusteella voidaan sanoa, että potilaiden käsitykset preoperatiivisesta fysioterapiaohjauksesta olivat myönteisiä. Potilaat pitivät fysioterapeutteja ammattitaitoisina ja heidän antamia ohjeita selkeinä ja ymmärrettävinä. Potilaiden mielestä preoperatiivinen ohjaus oli hyödyllinen, koska tieto leikkauksesta ja kuntoutuksesta lisääntyi. Ohjauksella oli lisäksi myönteisiä vaikutuksia turvallisuuden tunteen lisääntymiseen ja pelkojen vähenemiseen. Potilaiden mielestä preoperatiiviselle käynnille varattu aika oli riittävä ja tieto apuvälineiden käytöstä koettiin tärkeäksi. On tärkeätä jatkaa preoperatiivista ohjausta ennen lonkan tekonivelleikkausta, koska potilaat kokivat leikkaukseen valmistautumisen helpompana.

Asiasanat: Lonkan tekonivelleikkaus, preoperatiivinen fysioterapia, ohjaus, käsitykset

Niina Hirvonen, Riikka Åman

Patients' conceptions of physiotherapy counselling before hip arthroplasty surgery

Year	2010	Pages	62
------	------	-------	----

Osteoarthritis is one of the common illnesses that cause problems in joints. Osteoarthritis causes changes in the joint capsule, bone and joint cartilage. Moving becomes more difficult because of restricted mobility and pain is a consequence of these changes. The care forms for arthrosis are conservative care and arthroplasty surgery. In Finland thousands of arthroplasty surgeries are carried out every year. Hip arthroplasty is expensive, but even so it is cost-efficient and it improves the quality of life.

In this thesis we discuss the preoperative physiotherapy counseling of a hip arthroplasty patient. The purpose of this Bachelor's Thesis is to introduce new viewpoints in preoperative physiotherapy guidance. Our study assignment is to find out what kind of conceptions of physiotherapy guidance patients have before hip arthroplasty surgery. This Bachelor's thesis is a part of a research project involving Laurea University of Applied Sciences, Hospital District of Helsinki and Uusimaa and the University of Jyväskylä.

The study included ten patients. The criteria for selection were 60 - 80 years of age, Finnish-speaking and having their first total hip arthroplasty. The research method in this study is qualitative. The data were collected by individual thematic interviews in the hospital. The interviews were conducted after the patients had met the physiotherapist for the first time before the hip arthroplasty surgery. The interviews were recorded by tape recorder. The analyses were made by using content analysis.

The conclusion in this thesis is that the patients experienced that the physiotherapist was competent and the feeling of the patients' own safety and security improved. They think that the time used for the visit was sufficient and they think that the knowledge about aids is important. The physiotherapist's instructions were understandable and the situation was clear. The patients experienced the preoperative guidance as useful, because the knowledge about their surgery and rehabilitation increased. It is important to continue preoperative guidance before hip arthroplasty surgery because the patients experienced that it was easier to prepare for the surgery.

Keywords: Hip arthroplasty, preoperative physiotherapy, counseling, conceptions.

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Teoreettinen viitekehys	7
3	Ohjaus	8
3.1	Fysioterapiaohjaus	9
3.2	Potilaan ja ohjaajan taustatekijät	11
3.3	Vuorovaikutus	14
4	Asiakaslähtöisyys	17
5	Nivelrikko ja lonkan tekonivelleikkaus	19
5.1	Lonkan nivelrikko	20
5.2	Tekonivelleikkauksen indikaatiot ja leikkaustekniikka	21
6	Preoperatiivinen fysioterapiakäynti lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä	24
6.1	Preoperatiivisen fysioterapiakäynnin sisältö	24
6.2	Preoperatiivisen fysioterapiakäynnin tavoitteet	26
7	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävä	27
8	Laadullinen tutkimus	27
8.1	Aineiston hankinta	28
8.2	Aineiston analyysi	31
9	Tutkimuksen tulokset	35
9.1	Onnistunut käynti	36
9.1.1	Miellyttävä käynti	36
9.1.2	Tyytyväisyys käyntiin	37
9.1.3	Tilanteen selkeys	37
9.2	Asiantunteva fysioterapeutti	37
9.2.1	Fysioterapeutin asiantuntevuus	38
9.2.2	Johdonmukainen asiantuntijatilanne	38
9.3	Selviytymisen tunne	39
9.3.1	Turvallisuuden lisääntyminen	39
9.3.2	Pelkojen väheneminen	40
9.3.3	Oman tilanteen selkiytyminen	40
9.4	Ohjauksen merkitys	41
9.4.1	Tieto liikerajoitusten noudattamisen tärkeydestä	41
9.4.2	Ymmärrettävät ohjeet	42

9.4.3	Apuvälineidenohjaus tärkeää	42
9.5	Riittävä aika	43
9.5.1	Fysioterapeutin aika riittävä	43
9.5.2	Tilanteen kiireettömyys.....	44
9.6	Yhteenveto tuloksista	44
10	Pohdinta.....	47
10.1	Tulosten tarkastelu.....	47
10.2	Eettisyys ja luotettavuus	53
10.3	Jatkotutkimusaiheet	56
	Lähteet	57
	Liitteet.....	60
	Liite 1: Tiedote	60
	Liite 2: Suostumuslomake	61
	Liite 3: Haastatteluteemoihin liittyviä kysymyksiä	62

Suomessa tehdään vuosittain nivelrikon takia 90 lonkan tekonivelleikkausta 100 000:ta asukasta kohti. Suomessa tehtyjen tutkimusten perusteella nivelrikko johtaa vuosittain 613 000 lääkärissäkäyntiin. Nivelrikko aiheuttaa muutoksia nivelkapselissa, luussa ja nivelrustossa. Muutosten seurauksena liikkuminen vaikeutuu liikerajoitusten ja kivun myötä. Indikaatiot lonkan tekonivelleikkaukseen ovat vaikea kipu, yösärky tai lievän rasituksen jälkeinen särky, nivelen instabiilius ja haittaavat deformiteetit. Näistä leikkauksen indikaatioista kipu johtaa yleensä leikkaukseen, koska se on invaliditeetin huomattavin aiheuttaja. Tavallisesti tekonivelleikkaukseen päädytään, kun konservatiivisesta hoidosta ei ole enää apua. Suurin osa tekonivelleikkauksista tehdään 65 vuotta täyttäneille. Potilaan korkea ikä ei ole este hyvän tuloksen saavuttamiselle. Tekonivelleikkaus parantaa potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä. Tekonivelleikkaukset kuuluvat niihin lääketieteen hoitomuotoihin, joista potilaat todella kokevat saavansa avun. Suurista kustannuksista huolimatta tekonivelkirurgia on kustannustehokasta ja elämänlaatumittareilla arvioituna vaikuttavaa. (Nivelrikko 2010.b; Heliövaara, Slätis & Paavolainen. 2008, 1869.)

Opinnäytetyö on osa suurempaa etnograafista seurantatutkimusta, jonka yhteistyökumppanit ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Laurea - ammattikorkeakoulu ja Jyväskylän yliopisto. Tutkimuksen tavoitteena on seurata potilaan ohjausta ja ohjauksen vaikutusta potilaan elämään leikkauksen päättämisen saamisesta aina leikkauksesta kotiutumiseen saakka. Tutkimuksessa on kaksi osa-aluetta, joista toinen kohdistuu lasten ja nuorten fysioterapian potilasohjaukseen ja toinen aikuisten ortopedisen fysioterapian potilasohjaukseen. Aikuisten ortopedisen potilasohjauksen tutkimus jakautuu kolmeen osaan, joita ovat preoperatiivinen vaihe eli leikkausta edeltävä vaihe, sairaalavaihe ja postoperatiivinen vaihe eli leikkauksen jälkeinen vaihe. Jokaisesta osiosta tekee opinnäytetyön yksi opiskelijapari. Nämä opinnäytetyöt sekä tutkimuksen aikana kerätty aineisto tulevat tutkimusryhmän käyttöön myös jatkotutkimuksia ja pitkäjänteistä analyysiä varten.

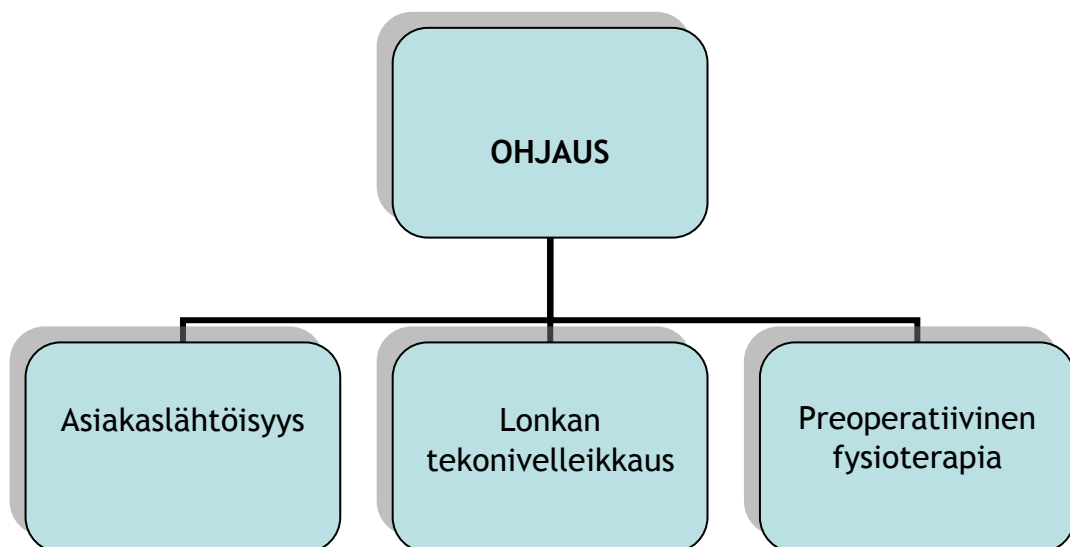
Opinnäytetyössä käsitellään preoperatiivista fysioterapiaohjausta lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä. Preoperatiivisessa vaiheessa potilas valmistautuu leikkaukseen ja postoperatiiviseen kuntoutukseen fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Preoperatiivinen hoitovaihe alkaa siitä, kun potilas saa tiedon leikkauksestaan ja päättyy, kun hänet otetaan vastaan leikkauksen osastolle. Hoidon suunnitteluun osallistuu moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu muun muassa leikkaava lääkäri, anestesia- ja sairaanhoitaja ja fysioterapeutti. Ennen leikkausta on selvitettävä potilaan fyysinen ja psyykinen toimintakyky, vitaalitoiminnot, sairaudet ja hampaiden kunto. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2006, 69; Korte, Rajamäki, Lukkari, Kallio 2000, 338-339.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on saada tietoa preoperatiivisesta fysioterapiaohjauksesta lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää lonkan tekonivelleikkaukseen tulevien potilaiden käsityksiä sairaalan preoperatiivisesta fysioterapiaohjauksesta. Tutkimustehtävänä on selvittää millaisia käsityksiä potilailla on lonkan tekonivelleikkaukseen liittyvästä preoperatiivisesta fysioterapiaohjauksesta.

2 Teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet on koottu kuvioon 1. Keskeiset käsitteet ovat ohjaus, lonkan tekonivelleikkaus, preoperatiivinen fysioterapia ja asiakaslähtöisyys. Ohjaus nousee opinnäytetyön pääkäsitteeksi. Ohjaukseen liittyen opinnäytetyössä käsitellään fysioterapia-ohjausta, ohjausmenetelmiä, potilaan ja ohjaajan taustekijöitä sekä vuorovaikutusta ja asiakaslähtöisyyttä. Potilaan ja ohjaajan taustatekijät on jaettu fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaaliin taustatekijöihin. Asiakaslähtöisyyden alla käsitellään asiakaslähtöistä työntekijää ja asiakaslähtöistä ohjausta.

Lonkan tekonivelleikkaukseen liittyen opinnäytetyössä käsitellään nivelrikkoa, lonkkaniveltä ja lonkan tekonivelleikkausta. Kappaleessa preoperatiivinen fysioterapiakäynti lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä käsitellään preoperatiivisen fysioterapiakäynnin sisältöä ja tavoitteita. Opinnäytetyön painopiste on preoperatiivisessa fysioterapiakäynnissä lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä.



Kuvio 1: Teoreettinen viitekehys

3 Ohjaus

Jokainen ohjaustilanne on ainutkertainen vuorovaikutustilanne, johon vaikuttaa muun muassa ohjaajan ammattitaito ja ohjattavan persoona. Ammattimainen ohjaus sisältää tavoitteiden asettelua ja keskustelu on selkeää ja jäsennehtyä. Ohjaajalla on myös tarvittavat tiedot ja taidot ohjattavasta aihealueesta. Kokenut ohjaaja pystyy tunnistamaan millainen toimintatapa auttaa ohjattavaa parhaiten sisäistämään ohjauksen sisällön. Ohjauksen tavoitteena on usein uuden asian oppiminen tai pyrkimys syventää jonkin asian ymmärtämistä. (Onnismaa 2007, 21-23; Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 28.)

Ohjaus ymmärretään tänä päivänä muun muassa ohjauksen antamiseksi tai ohjauksen alaisena toimimiseksi. Sanakirjan määritelmän mukaan ohjauksessa korostuvat ohjauksen perinteet eli potilaan passiivinen rooli, ohjaajan asiantuntemus ja yksilöohjaus. Nykyaikaisemman käsityksen mukaan ohjaus pyrkii edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta. Ohjauksen rakenne on muita keskusteluja suunnitelmallisempaa, mutta se sisältää myös tiedon antamista. Ohjaus voidaan määritellä asiakkaan ja ohjaajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on paljolti sidoksissa heidän taustatekijöihinsä. Tämän määritelmän mukaan olennaisimmat ohjaukseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa asiakkaan ja ohjaajan taustatekijöihin, vuorovaikutteiseen ohjaussuhteeseen sekä tavoitteelliseen ja aktiiviseen toimintaan. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson & Hirvonen. 2007, 25-26.)

Ohjaus määritetään ajan, huomion ja kunnioituksen antamiseksi. Ohjaustilanteelle tulee varata riittävästi aikaa, ettei ohjattava koe ohjaustilanteen aikana kiireen tuntua. Kiire viestittää ohjattavalle, että hän ja hänen asiansa eivät ole ohjaajalle tärkeitä. Kiireen tunne vie myös uskottavuuden koko ohjaustilanteelta. Ohjaustilanteessa kuunteleminen on huomion antamista. Fysioterapeutin on kuunneltava ohjattavaa tarkasti, koska näin saadaan tietoa ohjattavan odotuksista, tavoitteista ja käsityksistä. Kunnioitusta ei myöskään pidä unohtaa. Kunnioituksella tarkoitetaan, että ollaan ohjaustilanteessa läsnä ja keskitytään ohjattavaan henkilöön. Jos ohjaaja esimerkiksi vain ”käy läpi” kaavamaisesti ohjaustilanteen sisällön piittaamatta lainkaan siitä ymmärtääkö ohjattava, on seurauksena todennäköisesti ohjaustilanteen epäonnistuminen. (Onnismaa 2007, 38-39, 41-42; Torkkola ym. 2002, 27.)

Onnistuneen ohjauksen lähtökohtana on, että ohjaaja ottaa ohjaustilanteen ohjat käsiinsä ja ohjaustilanne suunnitellaan etukäteen asiakkaan tarpeita vastaavaksi. Ohjaajan on ennen ohjaustilannetta mietittävä, mitä ohjattavan tulisi oppia tai tietää. Ohjaajan tulee luoda edellytykset ohjeiden vastaanottamiselle. Ammattitaitoisella ohjaajalla on taito kuunnella ja havainnoida ohjattavaa. Ilmeet ja eleet kertovat esimerkiksi ohjattavan jännittyneisyydestä tai kiinnostuksen puutteesta, jotka voivat estää ohjeiden omaksumista. Liiallinen tietotulva voi olla myös yksi onnistuneen ohjauksen esteistä, koska suuri tiedon määrä voi hukata alleen ohjauksen olennaisimman sisällön. Esimerkiksi suullinen ohjaus on hyvä tapa antaa tietoa,

mutta sen huonona puolena on, että tieto yleensä unohtuu nopeasti. Suullisen ohjauksen lisäksi onkin tärkeää antaa myös kirjalliset ohjeet, jotta ohjattava voi kerrata ohjeita myös jälkikäteen. (Torkkola ym. 2002, 26-27, 29.)

3.1 Fysioterapiaohjaus

Fysioterapeutin työ sisältää nykyisin paljon ohjausta ja neuvontaa. Ohjaamisella pyritään välittämään tietoa, vaikuttamaan asenteisiin sekä aktivoimaan asiakasta. Fysioterapeuttinen ohjaus on luonteeltaan terveyttä edistävää ohjausta tai terveysneuvontaa. Terveysneuvonnassa fysioterapeutti pyrkii vaikuttamaan asenteisiin ja käsittelee asiakkaan kanssa yhdessä sairautta koskevaa tietoa. Fysioterapeutit toteuttavat terveysneuvontaa kuntoneuvoloissa ja erilaisissa opetustilanteissa. Terveysneuvonnan tavoitteena on ohjata ihmisiä terveyspalveluiden käytössä ja saada heidät liikuntaharrastusten pariin. Tarkoituksena on antaa harjoitusohjeita ja kertoa harjoitteiden merkityksestä. Lisäksi fysioterapeutit antavat paljon ohjausta kuntoutujan elämäntapoja koskien, tämän kaltainen ohjaus käsittää tietojen keräämisen asiakkaan terveyteen vaikuttavista osa-alueista. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 178-179, 192.)

Fysioterapeuttinen ohjaus koostuu usein liikunnallisesta harjoittelusta ja ergonomiasta. Ohjauksen tavoitteena on saada ohjattava henkilö ymmärtämään mahdollisimman hyvin haluttu suoritus, esimerkiksi oikeaoppinen kyynärsaavakävely. Suullisen ohjauksen apuna voidaan käyttää liikesuoristusten mallintamista. Mallintamisen tarkoituksena on, että ohjattava jäljittelee ohjaajan suoritusta ja pyrkii itse samanlaiseen suoritukseen. Fysioterapiaohjauksen tavoitteena on auttaa ohjattavaa harjoittelun toteuttamisessa ja mikä tärkeintä ohjattavalla on mahdollisuus saada henkilökohtaista ohjausta suorituksestaan sekä mahdollisuus kysyä mieleen tulleita kysymyksiä. (Talvitie ym. 2006, 179, 192.)

Kukkohovin (2004, 48-49) tutkimuksen mukaan fysioterapeuttien työ on suurimmaksi osaksi potilaiden ja asiakkaiden ohjaamista. Ohjaus on laaja käsite ja tutkimukseen osallistuneiden fysioterapeuttien mielestä ohjaus sisältää myös opettamista ja neuvontaa. Fysioterapeutit kertoivat, että ohjauskäynnit koostuvat liikkeiden ohjaamisesta, apuvälineiden käytön opetuksesta sekä erilaisesta tiedon annosta, mitkä koskivat toimintakykyä ja sairauden hoitoa. Fysioterapeuttien mielestä ohjauksen päätavoitteena on tukea potilaan elämänhallintaa.

Kukkohovin (2004, 49-50) tutkimuksessa fysioterapeutit kokivat, että ohjaustilanteessa tulee huomioida vuorovaikutuksellisuutta ja sitä, että potilasta kuunnellaan, motivoidaan ja aktivoidaan. Vuorovaikutuksen tavoitteena on luoda hyvä ilmapiiri ja saada potilas osallistumaan. Vuorovaikutuksella luodaan pohja fysioterapeutin ja potilaan väliselle suhteelle. Ohjaustilanteessa onnistumisen kannalta on tärkeää, että potilas ymmärtää mitä ollaan tekemässä ja miksi. Fysioterapeutit yrittävät havainnoinnin ja kuuntelun keinoin saada tietoa ohjauksen perille menosta ja siitä, miten ohjausta on kannattavaa toteuttaa juuri kyseisen potilaan kanssa.

Fysioterapeutti ohjaa potilasta käyttämällä visuaalista, manuaalista ja sanallista ohjausta tai näiden kaikkien yhdistelmiä. Eri ohjaustavoilla pystytään vaikuttamaan aistien eri vastaanottojärjestelmiin. Tutkimuksilla on saatu selville, että visuaalinen palaute antaa ohjattavalle enemmän palautetta suorituksesta kuin asento- ja liikeaistien välittämät tiedot tai fysioterapeutin antama manuaalinen ohjaus. Sanallisen ja manuaalisen ohjauksen merkitys korostuu eniten, kun opetellaan uutta asiaa. Sopivien ohjausmenetelmien valinta vaatii tietämystä siitä, miten potilas sisäistää asioita ja mihin ohjauksella pyritään. (Kyngäs ym. 2007, 73; Talvitie ym. 2006, 181-182.)

Sanallisten ohjeiden ymmärtäminen edellyttää selkeitä lauseita ja ymmärrettäviä käsitteitä ja esimerkiksi ammatillinen kielenkäyttö voi vähentää ohjauksen ymmärrettävyyttä. Fysioterapeutin antamat ohjeet eivät saa sisältää liikaa tietoa, koska tällöin asiakkaalla voi olla vaikeuksia muistaa ja toteuttaa saamia ohjeita. Sanallisen ohjauksen tarkoituksena on, että ohjattava korjaa suoritustaan annettujen ohjeiden mukaan. Sanallisen ohjauksen ajankohtaa on mietittävä tapauskohtaisesti, koska esimerkiksi suorituksen aikana fysioterapeutin antama ohjaus saattaa häiritä ohjattavan suoritusta. Sanallisen ohjauksen ymmärtäminen on erityisen hankalaa, jos ohjattava toimii omien toimintakykyjensä äärirajoilla. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska, & Vihunen 2004, 63; Talvitie ym. 2006, 185-186.)

Näköaistia käytetään paljon apuna terapian eri vaiheissa. Esimerkiksi suoritettavan liikkeen alussa fysioterapeutti käyttää visuaalista ohjaamista suorituksen mallintamiseen. Tutkimusten mukaan ihminen tottuu helposti käyttämään näköä palautteen antajana, tällöin suorituksen aikana annettu visuaalinen palaute parantaa suoritusta. Harjoittelun aikana käytetyt aistien kautta saadut stimulaatiot saattavat kuitenkin aiheuttaa ristiriitaisia tilanteita. Visuaaliset vihjeet ovat hallitsevampia kuin kuulemalla ja tuntemalla saadut vihjeet. On myös hyvä muistaa, että tuntemalla saadut vihjeet saattavat häiritä kuultuja vihjeitä. (Talvitie ym. 2006, 179-191.)

Manuaalista eli fyysistä ohjausta käytetään fysioterapiassa eri tarkoituksiin. Useimmiten manuaalista ohjausta käytetään vähäisenä avunantona suorituksen aikana tai sen tarkoituksena on pakottaa suoritus onnistumaan tietyllä tavalla. Manuaalisella ohjauksella fysioterapeutti pyrkii vähentämään suorituksen virheellistä suorittamista, loukkaantumista tai fysioterapeutin tavoitteena on auttaa ohjattavaa keskittymään suoritukseen. Manuaalista ohjausta tulee vähentää, kun ohjattavan suoritusvarmuus on lisääntynyt. Näin estetään riippuvuuden syntyminen ohjaajaan. (Talvitie ym. 2006, 187-188.)

Tehokkaimmaksi ohjaustavaksi on todettu harjoittelun aikana eri aistikanavien kautta annettu ohjaus. On arvioitu, että potilaat pystyvät muistamaan 75 prosenttia siitä, mitä he näkevät ja ainoastaan 10 prosenttia siitä, mitä he kuulevat. Potilaat kuitenkin muistavat 90 prosenttia siitä, mitä heille on ohjattu tai opetettu sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä. Ohjaustavan valintaa on mietittävä joka ohjauskerta erikseen. Kirjallisia ohjeita ei esimerkiksi tulisi antaa vain sen takia, että ne ovat helposti saatavilla. Potilaille annettavien kirjallisten materiaalien pitäisi tukea ohjauksessa käsiteltyjä asioita. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

3.2 Potilaan ja ohjaajan taustatekijät

Terveystieteidenhuollossa ohjaus kuuluu potilaan asianmukaiseen ja hyvään hoitoon. Ohjaustilanteessa ohjaaja on ohjauksen asiantuntija ja potilas on oman elämänsä asiantuntija. Ohjauksen runko rakentuu yleensä niille asioille, joita potilas nostaa esiin. Ohjaajan tehtävänä on arvioida ohjaustarvetta yhdessä potilaan kanssa. Potilaiden yksilöllisyys ja erilaiset motivaatiotasot asettavat haasteita ohjaajalle. Hyvin motivoituneen ja itsestään huolehtivan potilaan ohjaaminen on hyvin erilaista kuin passiivisen ja omasta tilanteesta piittaamattoman potilaan. (Kyngäs ym. 2007, 26-28; Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008, 121.)

Potilasohjaus lähtee aina potilaan tarpeista ja on sidoksissa sekä ohjaajan ja potilaan taustatekijöihin. Taustatietojen selvittäminen on tärkeää, sillä mikäli potilaan taustatekijöitä ei huomioida, niin samassa tilanteessa olevia potilaita ohjataan liukuhihnaisesti aina samalla tavalla, joka ei perustu yksilöllisyyteen. Taustatekijät, jotka voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin, luovat pohjan potilasohjauksen onnistumiselle. Taustatekijät muodostavat todellisuuden, jossa potilas elää. (Kyngäs ym. 2007, 28; Kääriäinen ym. 2006, 9; Lipponen ym. 2008, 122.)

Potilaan taustatekijöiden huomioinnin lisäksi ohjaajan täytyy tunnistaa omat ohjaukseen mahdollisesti vaikuttavat taustatekijänsä. Ohjaajan on pystyttävä ymmärtämään oma tapansa ajatella ja toimia sekä omat tunteensa ja arvonsa, jotta hän kykenee toimimaan asiakkaan edun mukaisesti. (Kyngäs ym. 2007, 27.) Väisäsen (2003, 137-139) mukaan ohjauksen kannalta ohjaajan tärkeitä taustatekijöitä ovat empaattisuus sekä kyky motivoida ja kannustaa. Hyvä ohjaaja nähdään myös tuen antajana, kannustajana sekä kuuntelijana.

Fyysisiin taustatekijöihin kuuluvat esimerkiksi sukupuoli, ikä, sairauden tyyppi ja terveydentila. Fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen, miten potilas pystyy ottamaan ohjausta vastaan. Alentunut muisti, fyysiset rajoitteet ja rajallinen näkökyky asettavat haasteita ohjauksen sisäistämiseen. Ohjaajan on siis tärkeä tunnistaa ohjattavan kyvyt käsitellä uutta tietoa ja sen pohjalta päättää, mitä asioita ohjauksessa tulee ottaa ensisijaisesta huomioon. Tarvittaessa ohjausta voidaan jatkaa seuraavalla tapaamiskerralla. Ohjaajan on osattava laittaa asiakkaan tarpeet tärkeysjärjestykseen. (Kyngäs ym. 2007, 30; Liimatainen, Hautala, Perko 2005, 49.)

Fysioterapeutin fyysisillä taustatekijöillä kuten iällä, koulutuksella ja sukupuolella on vaikutusta ohjaustilanteen suorittamiseen. Iän ja koulutuksen tuoma kokemus saattavat tuoda ohjaukseen lisäarvoa, kun tiedot ja taidot lisääntyvät. Työhön asennoitumiseen ei iän, koulutuksen tai sukupuolen tulisi vaikuttaa. Hyvä asenne työhön on jokaisen ohjaajan omalla vastuulla. Nykyisin arvostetaan asiakaslähtöistä ja asiantuntevaa ohjaajaa. (Kääriäinen ym. 2006, 6, 8; Väisänen 2003, 137.)

Ohjauksessa huomioitavia psyykkisiä taustatekijöitä ovat terveydentila, motivaatio, odotukset, tarpeet, terveystuskomukset ja kokemukset sekä oppimistavat ja - valmiudet. Psyykkisillä taustatekijöillä on vaikutusta ohjauksen ymmärtämiseen ja sisäistämiseen. Jatkuva ahdistuneisuus, epävarmuus, heikko itsetunto ja puutteellinen työn ja kotielämän hallinta vaikuttavat voimakkaasti ihmisen terveyteen ja jaksamiseen. Ohjaajan on tutustuttava potilaan taustatietoihin ja esitettävä avoimia kysymyksiä keskustelun aikana, jotta hän saa käsityksen potilaan sen hetkisestä motivaatiosta sekä toiminta- ja oppimiskyvystä. Motivaatiolla on esimerkiksi vaikutusta siihen, miten potilas ottaa ohjauksen vastaan. Ohjaajan oma motivaatio ja asennoituminen ohjaukseen vaikuttavat myös ohjauksen onnistumiseen. (Kääriäinen ym. 2006, 8; Stakes 2000, 12.)

Jännittyneisyys ja pelko voivat häiritä potilaan keskittymistä ja estää ohjauksen omaksumista ja muistamista. Tällöin tarkastikaan mietittyä ja toteutettua ohjausta ei pystytä hyödyntämään kunnolla. Potilaan aiemmat terveystuskomukset ja aiemmat kokemukset esimerkiksi sairaudesta ja sen hoidosta vaikuttavat hänen suhtautumiseensa ohjaukseen sekä ohjauksen onnistumiseen. Potilaalla voi olla esimerkiksi vankka uskomus, että ultraääni parantaa hänen vaivansa, joten tällainen uskomus saattaa estää potilasta kuuntelemasta muita tarjolla olevia vaihtoehtoja. Ohjaajan ja potilaan odotukset ja tavoitteet ohjausta koskien voivat olla hyvin erilaiset, joten niistä tulisi keskustella yhdessä. Esimerkiksi ne potilaat, jotka ovat sairastaneet pitkään, osaavat arvioida ohjaustarpeensa ja osaavat ilmaista mitä ohjauksessa tulisi käsitellä. Osa potilaista ei kuitenkaan tunnista omia tarpeitaan tai ei halua tuoda niitä esille ohjaustilanteessa. (Heino, 2005, 37; Kyngäs ym. 2007, 32-33; Kääriäinen ym. 2006, 8.)

Barron, Moffet ja Potter (2007, 37-38) ovat kirjoittaneet artikkelin, jossa tutustutaan potilaiden ongelmiin fyysisen, sosiaalisen ja psyykkisen näkökulman kautta. Artikkelin tarjoaa katsauksen kirjallisuuteen kuvaillen määritelmiä, käsitteitä ja teorioita, jotka liittyvät potilaiden odotuksiin ja niiden vaikutuksiin fysioterapiasta. Tällä hetkellä fysioterapeuttien keskuudessa on kasvava määrä fysioterapeutteja, jotka tunnistavat psyykkisen näkökulman voivan vaikuttaa hoitosuunnitelmaan ja loppujen lopuksi fysioterapian lopputulokseen. Odotukset ovat olennainen osa psyykkistä osa-aluetta jokaisella potilaalla. Barron ym. (2007, 37-38) toteavat artikkelissa, että potilaiden odotukset vaikuttavat kaikkiin ohjauksen taustatekijöihin laadullisesti. Fysioterapeuttien tulisi tunnistaa nämä ominaisuudet saavuttaakseen parhaimman mahdollisen lopputuloksen.

Useissa tutkimuksissa on tutkittu yhteyttä odotusten ja tyytyväisyyden välillä. Tutkimuksissa on todettu odotusten olevan erittäin tärkeä psyykinen osa, jolla on riippumaton vaikutus tyytyväisyyteen. Henkilökohtaisiin vaikutuksiin kuuluu kokemus, tieto, kiinnostus, tunteet ja käsitykset lopputuloksesta. On ajateltu, että sosiaalinen vaikutus, sosiaaliset normit, ryhmän painostus ja oikeudenmukaisuus olisivat riittävän voimakkaita ylittääkseen monet henkilökohtaiset vaikutteet. Potilaskeskeisessä lähestymistavassa kaikki osa-alueet potilaan hoidossa vaativat neuvottelua potilaan ja terveysalan ammattilaisen kesken. Tämä neuvottelu myös todennäköisesti vaikuttaa käsityksiin, odotuksiin ja lopulta tyytyväisyyteen hoidosta. (Barron ym. 2007, 39-40.)

Ohjaustavoitteisiin pääsemiseksi ja potilaan käyttäytymisen ymmärtämiseksi potilasta tulee tarkastella osana ympäristöään. Potilaan ohjauksen kannalta merkittäviin sosiaalisiin taustatekijöihin kuuluvat kulttuuriperustaiset, etniset, uskonnolliset ja eettiset tekijät. Ohjaajan ja potilaan arvot ovat osa heidän tapaansa katsoa maailmaa. Arvot ja asenteet vaikuttavat siihen, miten ohjaaja ja ohjattava lähestyvät ohjauksessa käsiteltäviä asioita. Ohjaajan on erittäin tärkeää tunnistaa ja ymmärtää ohjauksen lähtökohdat, jotta hän pystyy tukemaan potilaan yksilöllisyyttä ja kunnioittamaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Sosiaalisista taustatekijöistä perheellä ja suvulla voi olla merkittävä vaikutus potilaan voimavaroihin, joten nämä on tarvittaessa huomioitava ohjauksessa. Preoperatiivisen ohjauksen yhteydessä on hyvä selvittää potilaan tukiverkostoja. Ohjauksessa on huomioitava myös potilaan kulttuurillinen ja uskonnollinen tausta. Vieraskieli voi esimerkiksi lisätä turvattomuuden tunnetta ja vaikeuttaa aktiivista osallistumista ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 35-36.)

Potilaan ja fysioterapeuttien arvot ja asenteet vaikuttavat siihen, minkälaiseksi ohjaustilanne muodostuu ja miten ohjaus koetaan. Ohjaajan omien arvojen ja asenteiden tunnistaminen on edellytys hyvälle ohjaukselle. Ohjaaja huomioi ohjauksessa potilaan sosiaalisia taustatekijöitä esimerkiksi hankkimalla tulkin ulkomaalaistaustaiselle potilaalle. (Kääriäinen ym. 2006, 8-9.)

3.3 Vuorovaikutus

Vuorovaikutusta voidaan tarkastella kahden eri lähestymistavan kautta. Ensimmäinen lähestymistapa sisältää ongelmalähtöisen lähestymisen fyysisiä seikkoja painottaen ja toinen lähestymistapa sisältää enemmän sosiaalisia ja biologisia seikkoja. Terveystieteissä käytetään perinteisesti fyysisiin seikkoihin keskittyvää lähestymistapaa ja siinä vuorovaikutus on osa fyysisten ongelmien selvittämistä. Keskustelu koostuu lähinnä kysymyksistä ja lyhyistä vastauksista ja keskustelu rajoittuu koskemaan fyysistä sairautta. Edellä mainittu lähestymistapa voi olla joissain tapauksissa tehokas ja toimiva, mutta sitä on kritisoitu siksi, että ihmistä tarkastellaan vain oireiden kautta. (Veijola & Larivaara 2001, 14-16.)

Toisessa lähestymistavassa asiakasta tarkastellaan kokonaisuutena, johon vaikuttavat niin fyysinen, psyykinen kuin sosiaalinenkin puoli. Tässä lähestymistavassa sairautta ei käsitellä pelkästään oireiden kautta vaan huomioon otetaan asiakkaan tuntemukset, asenteet ja elämäntilanne. Tämän lähestymistavan onkin katsottu olevan parempi, koska asiakkaat usein toivovat psykologisten ja sosiaalisten seikkojen huomioimista hoidossa. (Veijola & Larivaara 2001, 14-16.)

Fysioterapeuttinen vuorovaikutus koostuu suureksi osaksi ongelma- ja oirelähteisestä kehon toimivuuden määrittämisestä ja kommentoimisesta. Viestintä liittyy paljon ohjaukseen ja tehtäviin harjoituksiin. Fysioterapeutin ja asiakkaan välisessä suhteessa ongelmia pyritään ehkäisemään ja kontrolloimaan, jolloin oireet ja diagnoosi ovat keskeisessä roolissa. Asiakkaat kokevat vuorovaikutustilanteissa ongelmaan perehtymisen tärkeänä, mutta tätäkin tärkeämpänä asiakkaat pitävät fysioterapeutin viestintätaitoja. Asiakkaalle on tärkeitä tulla kuulluksi ja ymmärretyksi, asiakkaille tärkeitä on myös fysioterapeutin asenne ja avoin keskustelu. Se, että fysioterapiatilanne on molemmille osapuolille miellyttävä, lisää huomattavasti kuntoutumisen edistymistä. (Poskiparta 2002, 24-25.)

Kukkohovi (2004, 12-13) on tutkinut pro gradu-tutkielmassaan fysioterapian ohjaustilanteen vuorovaikutusta. Hän on tutkinut fysioterapeuttien ja asiakkaiden käsityksiä vuorovaikutuksesta sekä sen kohdentamisesta ja mukauttamisesta ohjaustilanteessa. Kukkohovi kuvailee tutkielmassaan tärkeiksi sosiaaliset ja emotionaaliset tekijät fysioterapeuttisessa vuorovaikutuksessa, koska vuorovaikutussuhde on usein intiimi ja saattaa olla kestoaltaan myös pitkä. On tehty tutkimuksia, joissa on perehdytty fysioterapeuttisen vuorovaikutuksen sosio-afektiiviseen puoleen, millä tarkoitetaan muun muassa sosiaalisen tuen antamista, yhteistyötä ja tunnepitoisen ilmapiirin luomista. Asiakkaiden kokemusten perusteella hyvä fysioterapeutti sitoutuu kuntoutumisprosessiin, kunnioittaa ja kuuntelee heitä sekä osoittaa sensitiivisyyttä. Fysioterapeuttien vuorovaikutuksessa on havaittu olevan paljon muutakin kuin sanallista viestintää, kuten esimerkiksi katsekontakteja ja kosketuksia. Nämä nonverbaalisen viestinnän muodot tekevät tilanteesta tukea antavan ja emotionaalisen. Tutkimuksen mukaan

fysioterapeuteilla on kuitenkin ongelmia affektiivisellä alueella. Fysioterapeutit tuntevat usein olonsa avuttomiksi, jos asiakas purkaa heille yksinäisyyttään ja ahdistustaan, koska fysioterapeutteja ei ole koulutettu kohtaamaan sellaisia tilanteita.

Vuorovaikutus on ohjauksen lähtökohtana. Aiemmissa tutkimuksissa on tullut kuitenkin ilmi, että fysioterapeutit toimivat myös asiantuntijajohtoisesti vuorovaikutustilanteissa. Perustelu väitteelle on, että fysioterapiatilanteet painottuvat asiantuntijan päätelmiin ja ohjaukseen. Keskittyminen on potilaan oireissa ja diagnosoinnissa, minkä johdosta sosiaaliset ja psyykkiset tekijät saattavat unohtuvat. (Kukkohovi 2005, 13.) Tutkimuksessa Kukkohovi (2004, 52, 90) tuo ilmi, että terapiatilanteissa tasavertainen vuorovaikutus ei aina onnistu. Fysioterapeutit kokivat tämän johtuvan kahdesta asiasta. Ensimmäisenä tuotiin ilmi, että koulussa ei keskitytä tarpeeksi vuorovaikutustaitojen kehittämiseen ja toisena on se, että potilaat haluavat antaa fysioterapeuteille asiantuntijaroolin, koska heillä itsellään ei ole tarvittavaa tietoa ja kokemusta sairaudestaan. Kukkohovi kirjoittaa, että vuorovaikutus voidaan kokea myös tasavertaisena silloin, kun fysioterapeutti toimii asiantuntijajohtoisesti, mutta hän ottaa ohjauksessa huomioon potilaan kysymykset, ehdotukset ja toiveet.

Vuorovaikutuksesta saadaan avointa, kun ohjaaja keskittyy ohjattavalta saamaansa tietoon eikä muodosta käsityksiään omien uskomusten ja olettamusten perusteella. Potilasta kuuntelemalla fysioterapeutti pystyy tekemään täydentäviä ja tarkoituksenmukaisia kysymyksiä, jotka auttavat rakentamaan kokonaiskuvaa potilaan tilanteesta. Fysioterapeuttien tulisi muistaa käyttää ”maallikko” -termejä potilaiden kanssa keskustellessa, koska tekniset termit vaikeuttavat ohjeiden ymmärtämistä. Termit olisikin hyvä sitoa potilaan omiin kokemuksiin, jotta ne saavat merkityksen. Potilaiden tarpeiden, toiveiden ja mahdollisuuksien huomioon ottamisella luodaan perusta kuntoutukseen sitoutumiselle ja motivaatiolle, jotka vaikuttavat kuntoutuksen tuloksellisuuteen. (Onnismaa 2007, 30; Poskiparta 2002, 24-35.)

Vuorovaikutukselliseen ohjaukseen tulee työskentelyssä panostaa, koska vuorovaikutus on yksi fysioterapeuttien merkittävimmistä työkaluista. (Kukkohovi 2005, 14.) Kukkohovin (2004, 64) tutkimuksen mukaan hyvän ilmapiirin rakentaminen alkaa tapaamisen ensi minuuteilla, mutta vuorovaikutuksen koettiin paranevan ja rentoutuvan tutustumisen myötä. Tutkimuksessa asiakkaat ja fysioterapeutit kokivat myönteisen ja rennon ohjaustilanteen hyvänä.

Ohjauksen runko etenee sanallisen ja sanattoman viestinnän avulla. Ohjauksen tavoitteena on, että asiakas ja ohjaaja ymmärtävät käymänsä keskustelun samalla tavalla, puhuvat samaa kieltä ja saavuttavat yhteisymmärryksen. Sanallisella viestinnällä on suuri osa ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa, joten viestinnän selkeyteen ja yksiselitteisyyteen tulee kiinnittää huomiota. Tämän päivän käsityksen mukaan yli puolet vuorovaikutuksen viesteistä on sanatonta. Sanaton viestintä pyrkii painottamaan, tukemaan, täydentämään ja kumoamaan sanallista viestintää. Sanattomaan viestintään kuuluu ilmeet, eleet, teot ja kehon kieli. Sanatonta

viestintää lähetetään paljon myös tiedostamattomasti, joten sen kontrollointi on vaikeata. (Kyngäs ym. 2007, 38-39.)

Asiakkaan taustatekijöiden huomioiminen vaatii kaksisuuntaista vuorovaikutusta. Tyypillistä kaksisuuntaiselle vuorovaikutukselle on, että vastuu vuorovaikutuksesta on ohjaajalla, mutta tavoitteista neuvotellaan yhdessä asiakkaan kanssa. Vuorovaikutustilanteella kuuluu olla rakenne, mutta sen noudattaminen on joustavaa. Vuorovaikutuksen ei tule olla kaavamaista vaan tavoitteellista. (Kyngäs ym. 2007, 38-39.)

Toimivan ohjaussuhteen edellytyksenä on, että potilas ja ohjaaja kunnioittavat toistensa asiantuntemusta. Ohjaajan vastuuseen kuuluu, että potilas tunnistaa oman asiantuntijuutensa. Näin ohjaaja saa potilaan tuntemaan itsensä tärkeäksi ja potilas pystyy ottamaan vastuuta valinnoistaan ja toimistaan. Kaksisuuntaista vuorovaikutusta ei voi olla, jos potilas ja ohjaaja eivät kumpikin ole aktiivisia ohjaustilanteessa. Se, millaiseksi ohjaussuhde rakentuu ja miten hyvin siinä huomioidaan potilaan tarpeet ja tuetaan häntä aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen, vaikuttaa hyvin merkittävästi ohjauksen vaikutuksiin. (Kyngäs ym. 2007, 38-40.)

Kommunikointitilanteessa fysioterapeutin tulee pyrkiä mukauttamaan vuorovaikutustaan asiakkaan vuorovaikutukseen sopivaksi. Mukauttamisella tarkoitetaan puhenopeuden, äänensävyjen, ilmeiden ja eleiden muuttamista tilanteen mukaan. Mukauttaminen tehostaa viestintää ja luo myönteistä kuvaa sekä hyväksyntää keskustelun osallistujista. Tuntemuksemme toisen ihmisen puhetavasta vaikuttaa käyttäytymiseemme. Tutkimuksissa on selvinnyt, että vuorovaikutustaan mukauttavat henkilöt koetaan miellyttävämpinä ja viehättävämpinä kuin henkilöt, jotka eivät mukauta vuorovaikutustaan. (Kukkohovi 2005, 14.)

Vuorovaikutusta mukautetaan eri tilanteiden ja ihmisten mukaan. Usein mukautuminen tapahtuu tiedostamatta, mutta se voi olla myös suunniteltua. Fysioterapeutti voi esimerkiksi muuttaa puhetyyliään helpottaakseen asiakkaan ymmärtämistä. Mukautumisen avulla fysioterapeutti pyrkii tekemään itsestään miellyttävän ja helposti lähestyttävän. Ilmapiiriä ja ohjaustilanteen sujuvuutta voidaan myös lisätä mukautumisella. (Kukkohovi 2005, 14.)

4 Asiakslähtöisyys

Asiakslähtöisyys on yksi julkisten ja yksityisten palvelutuottajien perusajatus ja kehittämis-tavoite. Asiakslähtöisesti toimiminen edellyttää ihmisen yksilöllisten tarpeiden, oikeuksien, halujen sekä toiveiden ja elämäntilanteen huomioimista. (Outinen 1999, 11-12.) Terveydenhuollossa käynnistyi pari vuosikymmentä sitten keskustelu potilaiden asemasta ja oikeudesta. Vuodesta 1992 on Suomen laissa määritelty potilaan oikeuksia terveydenhuollossa. Lain tarkoituksena on turvata asiakslähtöisyys terveydenhuollossa. Jokaisella Suomessa asuvalla on oikeus saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Terveydenhuollossa ”potilasta on kohdeltava siten, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan, eikä hänen ihmisarvoaan loukata”. Henkilökunnan, esimerkiksi fysioterapeuttien, on mahdollisuuksien mukaan huomioitava myös potilaan äidinkieli, kulttuuri sekä hänen yksilölliset tarpeensa. Fysioterapeutti ja potilas toimivat hoidon aikana yhteisymmärryksessä ja fysioterapeutti kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Potilaalla on oikeus tehdä omaa hoitoaan koskevia päätöksiä, vaikka fysioterapeutti ei olisikaan samaa mieltä potilaan päätöksen kanssa. (Anttila ym. 2004, 45; Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala 2000, 112-113; Valvira 2010.)

Asiakslähtöisyyden lähtökohtana on ihmisarvo, mikä edellyttää ihmisten kunnioittamista ja yhdenvertaisuutta. Ihminen nähdään kokonaisuutena, mihin vaikuttaa niin fyysiset, psyykkiset kuin sosiaaliset tekijät. Asiakstilanteessa potilas kohdataan yksilönä ja ohjauksessa pyritään dialogisuuteen eli vuoropuheluun. (Kokkola, Kiikkala, Immonen & Sorsa 2005, 51; Nouko-Juvonen ym. 2000, 116.)

Asiakslähtöisyys asettaa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille haasteita, koska potilaat ja asiakkaat ovat yksilöitä. Ihmisten palveluiden tarpeet ovat erilaisia ja saman ihmisen palveluiden tarve muuttuu elämän eri vaiheissa. Jokainen ihminen tarvitsee juuri omia tarpeitaan vastaavaa palvelua. Asiakkaiden erilaisuus edellyttää ammattihenkilöstöltä suvaitsevaa lähestymistapaa ja herkkyyttä tunnistaa ihmisten ja tilanteiden erilaisuutta sekä valmiutta muuttaa omia toimintatapojaan. Nykypäivänä ihmiset osaavat myös vaatia asiakslähtöistä palvelua. Asiakslähtöisessä lähestymistavassa potilaan ja ammattihenkilön välille kehittyy aito ja tasa-arvoinen suhde. (Anttila ym. 2004, 45; Outinen 1999, 11-13.)

Asiakslähtöisyyden toteumista pidetään usein itsestään selvyytenä, mutta aina ei ole mietitty, mitä asiakslähtöisyys omassa työyhteisössä ja omassa työskentelyssä tarkoittaa. Fysioterapeutille asiakslähtöisyys on ratkaisuja, joita hän potilaan kanssa työskennellessään tekee. Fysioterapeutin asiakslähtöinen työskentelytapa näkyy välittämisenä ja haluna auttaa potilasta. Asiakslähtöinen työskentely edistää sekä potilaan että fysioterapeutin tyytyväisyyttä. (Immonen 2005, 23; Kokkola ym. 2002, 49, 52.)

Asiakaslähtöisesti työskentelevä fysioterapeutti toimii tasavertaisesti potilaan kanssa eikä asetu tämän yläpuolelle. Fysioterapeutti on potilasta varten, kuuntelee, keskustelee ja auttaa häntä mahdollisuuksiensa mukaan. Asiakaslähtöisessä toimintatavassa kiinnostus on potilaassa eikä ainoastaan hänen sairaudessa. Asiakaslähtöisen työntekijän tunnusomaisia piirteitä ovat aitous, avoimuus, ammattitaito ja aktiivisuus. Siirtyminen asiakaslähtöiseen työskentelytapaan vaatii työntekijältä omien arvojen tarkastamista, asiakasta koskevien oletusten selkiyttämistä, omien toimintatapojen uudistamista ja ammatillista kehittymistä. Työskentelyltä vaaditaan joustavuutta, koska asiakaslähtöistä työtä ei voi tehdä tietyn kaavan mukaan. (Nouko-Juvonen ym. 2000; 119; Kokkola ym. 2002, 52.)

Asiakaslähtöisessä fysioterapiassa huomioidaan potilaan yksilölliset tarpeet, halut, toiveet ja elämäntilanne. Nykyisin korostetaan yhä enemmän sitä, että potilaan tulee osallistua omaan hoitoonsa. Myös fysioterapeutit ovat tuoneet esille myönteisen suhtautumisensa asiakaslähtöiseen lähestymistapaan. Asiakaslähtöisessä fysioterapiassa potilaat eivät ole fysioterapeuttisen ohjauksen tai hoidon vastaanottajia, vaan he osallistuvat oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Fysioterapeutin antama ohjaus ei välttämättä vastaa potilaan tiedontarvetta, jos potilas ei tuo esille tarpeitaan. (Outinen 1999, 12; Talvitie ym. 2006, 56-57.)

Fysioterapia ohjauksessa fysioterapeutti kohdentaa eli yksilöi ohjauksen jokaisen potilaan tarpeita vastaavaksi. Kaikkien potilaiden kanssa ei voida toimia samojen toimintatapojen mukaan. Ohjauksessa ja neuvonnassa tulee huomioida potilaan merkityks maailma, kokemukset ja arkielämä. Kohdentamisen tavoitteena on auttaa potilasta oppimaan, aktivoitumaan ja motivoitumaan. (Kukkohovi 2005, 14.)

Ohjaamistilanteessa fysioterapeutin on huomioitava, mitkä ovat potilaan odotukset ja tavoitteet, miten tehdä ohjaustilanteesta ymmärrettävä ja mielenkiintoa sekä motivaatiota ylläpitävä. Potilasta kuuntelemalla ja havainnoimalla fysioterapeutti saa arvokasta tietoa potilaan taustatiedoista kuten elämäntilanteesta ja voimavaroista sekä siitä, miten toteuttaa fysioterapiaa kyseisen potilaan kanssa. Kohdentamisessa oppimista ja ymmärtämistä tuetaan käyttämällä potilaan ymmärtämää kieltä ja sanastoa. (Kukkohovi 2005, 14.)

Franssila ja Wallin (2009, 31) ovat julkaisseet artikkelin nimeltä yksilö kuntoutuksen lähtökohdista. Artikkelissa he tuovat esille kuinka asiakaslähtöisyys on laajalti omaksuttu erääksi keskeiseksi periaatteeksi tai päämääräksi terveydenhuollossa ja kuntoutuksessa. Vaikka käsitteen - asiakaslähtöisyys merkitys ei olekaan aivan selvä, on se kuitenkin nostettu johtoajatuksiksi erilaisissa suosituksissa ja toimintaa ohjaavissa arvoissa. Tästä esimerkkinä asiakaslähtöistä kuntoutusta määriteltäessä potilas voidaan nähdä samanaikaisesti sekä kuntoutustoimenpiteen kohteena että toiminnan subjektina. Asiakaslähtöiseen kuntoutukseen liittyen on esitetty vain vähän kriittistä arviointia siitä, millaisia mahdollisuuksia ja ongelmia asiakaslähtöisellä kuntoutuksella on.

Biopsykososiaalisen mallin mukaan ihminen nähdään ainutlaatuisena kokonaisuutena ja tämän ajattelun taustalla on kriittinen suhde perinteiseen biolääketieteelliseen näkemykseen, joka suuntaa huomion ihmisen ruumiintoimintoihin ja niiden normalisoimiseen. Biopsykososiaalinen malli korostaa ihmisen yksilöllisyyttä, mutta samalla nostetaan esille vammautuneiden erilaiset tarpeet sekä tilanteet, mistä johtuen kuntoutuksen tulosta ei voida arvioida ainoastaan sairauteen perustuen. On myös huomioitava, että yksilölliset edellytykset ja voimavarat voivat muuttua hoitoprosessin aikana. Näin ollen kuntoutus ei voi edetä tiukasti kiinni pitäen alussa asetetuista toimintamalleista. (Franssila & Wallin 2009, 31.)

Huomioitavana asiana on myös se, että vammalla on jokaiselle ihmiselle erilainen merkitys, joten vamman merkitys tulisi ymmärtää henkilön omasta näkökulmasta. Asiakkaan huolenaiheet ja emotionaaliset tarpeet on tärkeää huomioida ja tunnistaa. Asiakasta täytyy siis kuunnella ja on pyrittävä ymmärtämään hänen tunteitaan, ajatuksiaan ja hänen historiaansa. Sosiaalinen osa-alue on myös erottamaton osa kuntoutusta. Kuntoutuksessa on otettava huomioon myös asiakkaan läheiset ja annettava heille tietoa ja tukea ja ottaa heitä mukaan myös kuntoutuksen tavoitteiden asettelussa ja hoitovalintojen tekemisessä. (Franssila & Wallin 2009, 31.)

Asiakaslähtöisessä kuntoutuksessa potilaan rooli on aktiivinen toimija. Tällä tarkoitetaan sitä, että asiantuntijoiden ei tule määritellä potilaan puolesta, mikä on parasta hänelle. Potilaan ja kuntouttajan dialogisessa suhteessa pyritään nostamaan esille potilaalle tärkeät ja yksilölliset asiat. On tutkittu, että toimintakyvyn paraneminen ei välttämättä johda sosiaalisen hyvinvoinnin paranemiseen ellei potilaan omia arvoja ja tarpeita huomioida. Artikkelissa Franssila ja Wallin toteavat, että asiakaslähtöisyys on käsitteellisesti monimutkainen ja osin ristiriitainenkin monia tulkintamahdollisuuksia sisältävä termi. Asiakaslähtöisyys termin käyttöä kuntoutuksessa tulisi arvioida kriittisesti tai jopa välttää sen käyttöä. Sen sijaan kuntoutuksessa tulisi heidän mielestä kirjoittaa auki selkokielellisesti mitä asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan kussakin tilanteessa käytännön työssä. (Franssila & Wallin 2009, 32.)

5 Nivelrikko ja lonkan tekonivelleikkaus

Nivelrikko eli artroosi on yksi yleisimmistä tuki- ja liikuntaelinvaivoja aiheuttavista sairauksista. Nivelrikon esiintyvyys lisääntyy iän mukana ja näin ollen alle 30-vuotiailla nivelrikko on harvinainen. Suurimmalla osalla yli 65-vuotiaista on nivelrikon oireita vähintään yhdessä nivellessä. Nivelrikko on koko nivelen sairaus, joka voi aiheuttaa muutoksia niin luussa, nivelrustossa kuin nivelkapselissakin. Nivelrikolle on tyypillistä rustopinnan vaurioituminen ja nivelruston häviäminen nivelpinnoilta. Perimmäistä syytä nivelrikolle ei tiedetä. Nivelrikossa ruston tuhoutuminen saa ylivallan rustoa korjaavista tekijöistä. Vaurioitunut nivelrustokudos ei parane koskaan ennalleen ja muutokset etenevät yleensä hitaasti vuosien kuluessa. Nivelrikon

riskitekijöitä ovat muun muassa ikä, sukupuoli, ylipaino, perinnölliset tekijät, nivelvammat, lihastoiminnan sairaudet, aineenvaihdunnan sairaudet, nivelen ylliliikkuvuus, tupakointi, tois-
tuva kuormittava työ, rankka urheilu ja nivelen rakennevammat. (Nivelrikko 2010, a; Rokka-
nen, Avikainen, Tervo, Hirvensalo, Kankare, Kiviranta & Pätäälä 2003, 78-79.)

Nivelrikon ensimmäinen oire on yleensä rasitukseen liittyvä kipu. Vähitellen rasituksen jälkei-
nen kipuilu pitenee ja särkyä alkaa esiintyä. Yöllisiä särkyjä nivelessä alkaa myös esiintyä.
Niveleen voi kertyä ylimääräistä nestettä ja tämä johtaa nivelen liikkuvuuden rajoittumiseen.
Joillakin potilailla sairaus voi edetä nopeastikin, mutta kuitenkin taudin etenemi-
nen/paheneminen ei ole suoraviivaista ja tasaista. Passiivisten kuormittamattomien liikkeiden
yhteydessä nivelrikkonivel on yleensä aristamaton, jos liikerajoitteisuus on vain vähäistä. Sai-
rauden myöhemmässä vaiheessa ilmenee liikkeiden yhteydessä subluksaatio- taipumusta eli
osittaista sijoiltaan menoa ja krepitaatiota eli nivelääniä. Sairauden edetessä liikerajoitukset
lisääntyvät. Röntgenkuvissa todetaan mm. kaventunut nivelrako, subkondraalista skleroosia
(=luun sisäistä paksuuntumista), osteofyyttejä (=luupiikki) ja luukystia (=kudosnestettä sisäl-
tävä ontelo). Nimitystä nivelrikko voidaan käyttää, kun on todettu nivelraon kaventuminen,
osteofyytit ja luun rakennemuutokset. (Rokkanen ym. 2003, 80-82.)

5.1 Lonkan nivelrikko

Suomalaisten tutkimusten mukaan lonkan nivelrikkoa esiintyy yhtä paljon naisilla ja miehillä.
Lähes puolelle lonkan nivelrikkoa sairastavista oireita ilmenee molemmissa lonkissa. Tyypilli-
nen oire lonkan nivelrikossa on rasitukseen liittyvä kipu. Kipua esiintyy joko istumisen tai sei-
somisen jälkeen liikkeellelähtökipuna. Kipu paikantuu yleensä nivusien alueelle ja säteilee
reiden etusivulle. Lonkkanivelen jäykistyminen ilmenee sukien ja kenkien pukemisen vaikeu-
tena. Vaikeiden oireiden esiintyminen ja oireettomat kaudet vuorottelevat ja aina oireiden
vaikeusaste ja röntgenkuvissa todettavat löydökset eivät vastaa täysin toisiaan. (Nivelrikko
2010, a.)

Lonkan nivelrikon vaivan laatu ja vaikeusaste täytyy määrittää, jotta hoidot voidaan antaa
mahdollisimman tehokkaana. Liikkeellelähtökipujen ja kankeuden hoidossa riittää fysioterapia
ja ergonomiset ohjeet. Rasituskipujen ilmaannuttua kuormituksen vähentäminen kävelykepin
tai kyynärsauvojen kanssa on suositeltavaa. Särkylääkkeitä yleensä aletaan tarvita myös tässä
vaiheessa. Lääkitystä voi jatkaa useita vuosia, mikäli mitään sivuvaikutuksia ei ilmene. Työ-
elämässä olevan ihmisen kohdalla arvioidaan myös työn kuormittavuutta. Fysioterapialla voi-
daan vähentää kipua ja parantaa toimintakykyä, mutta fysioterapia ei estä sairauden etene-
mistä. (Nivelrikko 2010, a.)

Lonkkanivel on pallonivel, minkä johdosta pääliikesuuntia on kolme. Liikesuunnat ovat fleksio-extensio sagitaalitasossa, abduktio-adduktio frontaalitasossa ja sisä- ja ulkorotaatio transversaaliossa. Lonkkanivelen nivelpinnat koostuvat femurin päästä ja lonkkamaljakosta (acetabulum). Lonkkamaljakko koostuu kolmesta yhteen kasvaneesta luusta: os ilium, os ischium ja os pubis. (Saresvaara & Ojala 2000, 227, 229.)

Lonkkamaljakko on puolipallon muotoinen nivelkuoppa, johon puoliympyrän muotoinen femurin pää niveltyy. Lonkkamaljakon reunalla on rustokerros (acetabulum labrum), jonka tehtävänä on stabiloida femurin pää nivelkuoppaan. Lonkkaniveltä stabiloi voimakas nivelkapseli sekä kolme vahvaa ligamenttiä: lig. iliofemorale, lig. pubofemorale ja lig. ischiofemorale. (Saresvaara & Ojala 2000, 229, 231.)

Lonkkaa liikuttavista lihaksista suurin osa lähtee lantiosta, mutta muutamien lihasten lähtökohdat sijaitsevat selkärangassa. Osa lihaksista kulkee myös polvinivelen yli. Tärkeimmät lonkkaa liikuttavia lihakset ovat pakaralihakset (m. gluteus maximus, m. gluteus medius, m. gluteus minimus), nivuslihakset (m. pectineus, m. gracilis, m. adduktor longus, m. adduktor magnus, m. adduktor brevis) ja lonkan koukistajat (m. iliacus, m. psoas major, m. iliopsoas). (Ahonen ym. 1993, 199, 202, 204-206.)

5.2 Tekonivelleikkauksen indikaatiot ja leikkaustekniikka

Lonkan nivelrikon leikkaushoidossa pyritään yleensä joko säilyttämään nivel tai korvaamaan se tekonivelellä. Lonkan nivelrikon leikkaushoidon indikaationa ovat vaikea kipu, yösärky tai lievän rasituksen jälkeinen särky, nivelen instabiilius ja haittaavat deformiteetit eli epämuodostumat. Näistä leikkauksen indikaatioista yleensä kipu johtaa leikkaukseen, koska se on invaliditeetin huomattavin aiheuttaja. Tavallisesti tekonivelleikkaukseen päädytään, kun konservatiivisesta hoidosta ei ole enää apua. Suurin osa tekonivelleikkauksista tehdään 65 vuotta täyttäneille. Nykyisin voidaan sanoa, että 90 % tekonivelistä kestävät seuraavat 10 vuotta. Tekonivelleikkaus parantaa potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä. Tekonivelleikkaukset kuuluvat niihin lääketieteen hoitomuotoihin, joista potilaat todella kokevat saavansa avun. Nuorten potilaiden kohdalla suositetaan omaa niveltä säästäviä toimenpiteitä, koska tekonivelen irtoamisriski on sitä suurempi mitä kauemmin se on potilaalla ollut. Niveltä säästävä menetelmä on osteotomia. Osteotomiassa luu katkaistaan ja luudutetaan uuteen asentoon. Osteotomian tavoitteena on muuttaa nivelen kuormitusolosuhteita nivelrikon pahenemista ehkäisevään suuntaan. Yleisesti ottaen niveltä säästävät kirurgiset menetelmät antavat hyvät kivunlievityksen, mutta se jättää toiminnan vajauksen. Kivunlievityskään ei ole pysyvä ja leikkauksen jälkeinen kuntoutus on vaativaa ja pitkäaikaista. (Nivelrikko 2010.b.; Korte, Rajamäki & Lukkari 1997, 93-94; Roberts ym. 2004, 794.)

Tekonivelleikkauksessa tuhoutunut nivel korvataan joko puoli- tai kokoproteesilla. Lonkan kokoproteesissa molemmat nivelpinnat uusitaan. Tekonivel koostuu usein muovisesta nivelkuopasta ja reisiluun yläosan korvaavasta metallisesta endoproteesista. Yleensä proteesit kiinnitetään luusementillä, mutta kiinnitys voidaan tehdä myös ilman sementtiä. Nykyisin markkinoilla on paljon erilaisia proteesimalleja ja merkkejä, joista potilaalle valitaan sopivin vaihtoehto. (Korte ym. 1997, 93; Rokkanen ym. 2003, 382, 385.)

Tekonivelleikkaus suoritetaan kylkiasennossa ja spinaalipuudutuksessa, ellei sille ole vasta-aihetta (Korte ym. 1997, 94, 96). Leikkauksessa reisiluun pää sahataan poikki ja reisiluunpää poistetaan. Reisiluun ydinonteloa suurennetaan, minkä jälkeen ydinonteloon laitetaan luusementtiä ja reisiluun yläosa korvataan metallisella tai keraamisella endoproteesilla. Acetabulumista poistetaan luuta, jotta proteesikuppi mahtuu nivelkuoppaan. Nivelkuoppaan on porattava reikiä ja nivelkuoppaan ulottuvat kystat on poistettava jotta sementillä kiinnittäminen onnistuu. Muovista tai metallista valmistettu kuppiosa kiinnitetään luusementillä sopivaan kulmaan, joka on yleensä 45 asteen abduktiossa ja 20 asteen anteversiossa. Luusementti kiinnittyy noin 8-10 minuutissa. Lopuksi nivel asetetaan paikoilleen. (Rokkanen ym. 2003, 374, 382; Roberts ym. 2004, 794.)

Sementittömässä kiinnitystavassa proteesin kiinnittyminen tapahtuu luunmurtuman paranemismekanismeilla. Sementittömän proteesimallin osat eroavat siinä, että luun kanssa kosketuksissa olevat metalliset pinnat ovat mattamaisia, jotta luu kasvaisi siihen kiinni. Lonkkamaljaan asetettavan metallisen kupin pysyvyyttä voidaan varmistaa ruuveilla, joita varten kupissa on reikiä. Metalliseen kuppiin laitetaan tämän jälkeen muovinen kuppi, mikä toimii liukupintana metalliselle reisiluun päälle. (Rokkanen ym. 2003, 374; Suomen nivelyhdistys ry.)

Montin (2008, 18-19) tekemässä tutkimuksessa tutkittiin sadan lonkantekonivelleikkaukseen menevän potilaan fyysistä ja psykososiaalista elämänlaatua ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen kuuden kuukauden ajan. Tutkimuksessa tulee ilmi, että lonkantekonivelleikkaus parantaa merkittävästi elämänlaatua. Kivut vähenivät heti leikkauksen jälkeen ja puolen vuoden päästä 72 % potilaista koki, että kipua ei enää ollut. Leikkaus mahdollisti myös paremman toimintakyvyn. Kuukauden kuluttua leikkauksesta noin 70 potilasta arvioi liikkumiskykynsä hyväksi. Potilaat kokivat kuitenkin toipumisaikana ahdistusta, vaikka leikkaus olisikin sujunut ongelmitta.

Tekonivelkirurgiaan liittyvät vakavat komplikaatiot ovat harvinaisia. Mahdollisia komplikaatioita ovat verisuonivauriot ja hermovauriot, joista yleisin on iskiasrunгон venyntyminen. Leikkauksen yhteydessä luun murtumat ovat myös mahdollisia, joista yleisimpiä ovat lonkkamaljan, ison sarvennoisen, reisiluunvarren sekä reisiluun murtumat. Proteesin asentaminen väärään asentoon voi johtaa lonkka- ja proteesin luku- ja liikehäiriöihin tai liikerajoitukseen. Leikka-

uksen jälkeisiä komplikaatioita ovat proteesin luksaatio, infektio, laskimotukokset ja keuhkoembolia. (Rokkanen ym. 2003, 84-88.)

Lonkan tekonivelleikkauksiin liittyviä luksaatiota on esitetty olevan 0,5-5 prosentilla potilaita. Tekonivelleikkaukseen liittyviä infektioita esiintyy 1-2 prosentilla potilaista. Laskimotromboosin esiintymisindenssi lonkkaproteesikirurgiassa on esitetty olevan 10-70 prosenttia riippuen diagnoosimenetelmien herkkyydestä. Keuhkoembolioita esiintyy 1-4 prosentilla potilaista. Proteesin irtoaminen on yleisin leikkauksen jälkeinen komplikaatio. 80 prosenttia lonkan tekonivelten uusintaleikkauksista johtuu proteesin irtoamisesta. Proteesirekisterin tietojen mukaan noin 10 prosenttia potilaista joutuu uusintaleikkaukseen kymmenen vuoden seurannassa. Suurin syy proteesin irtoamiselle on tekonivelten muovikomponenttien kulumisesta johtuva polyetyleenipartikkelit, jotka aiheuttavat vierasesinereaktion proteesin pinnalla olevissa makrofageissa ja jättisoluissa. Tästä johtuen ilmenee osteolyyysiä ja tämä irrottaa proteesin. (Rokkanen ym. 2003, 84-88.)

Suomessa tehdään vuosittain nivelrikon takia 90 lonkan tekonivelleikkausta 100 000:ta asukasta kohti. Suomessa tehtyjen tutkimusten perusteella nivelrikko johtaa vuosittain 613 000 lääkärissäkäyntiin. Nivelrikkokirurgian suorat kustannukset on arvioitu yliopistosairaanhoidopiiriin, Stakesin ja Kelan yhteistyöhankkeessa. Hankkeen ensimmäisen laajan raportin mukaan vuonna 2003 tehtiin nivelrikon vuoksi 4 928 lonkan primaarista tekonivelleikkausta. Sairaaloiden ja hoitopiirien välinen hintavaihtelu on vähäistä. Lonkan tekonivelkirurginen toimenpide maksoi tällöin 7 615 euroa. Uusintaleikkausten kustannukset ovat vielä suuremmat, mutta niistä ei ole tarkkaa arviota. (Heliövaara ym. 2008, 1869.)

Suurista kustannuksista huolimatta tekonivelkirurgia on kustannustehokasta ja elämänlaatumittareilla arvioituna vaikuttavaa. Lonkan tekonivelleikkauksessa potilaan korkea ikä ei ole este hyvän tuloksen saavuttamiselle. Huonoon leikkaukseen jälkeiseen tulokseen ovat useimmin syynä potilaan muut sairaudet. Nivelrikosta johtuva kallein seuraus on toimintakyvyn heikkeneminen. Vuonna 2007 on tutkittu, että maksettavista työkyvyttömyyseläkkeistä kuusi prosenttia on myönnetty nivelrikon perusteella. Kaikkiaan tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttamiksi kustannuksiksi on arvioitu 583 miljoonaa euroa vuodessa eli voidaan hyvin sanoa, että kyseessä on kansanterveysongelma. (Heliövaara ym. 2008, 1869.)

6 Preoperatiivinen fysioterapiakäynti lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä

Tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan hoitajakso koostuu pre-, intra- ja postoperatiivisesta hoidosta. Jokainen hoitovaihe on tärkeä potilaan hyvinvoinnin kannalta ja hoitovaiheilla on vaikutusta toisiinsa. Ennen leikkausta eli preoperatiivisessa vaiheessa potilas valmistuu leikkaukseen ja postoperatiiviseen kuntoutukseen fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Preoperatiivinen hoitovaihe alkaa siitä, kun potilas saa tiedon leikkauksestaan ja päättyy kun hänet otetaan vastaan leikkausosastolle. (Anttila ym. 2006, 69; Korte ym. 2000, 338.)

Preoperatiivisen hoitovaiheen tarkoituksena on suunnitella potilaan intra- ja postoperatiivista hoitoa. Hoidon suunnitteluun osallistuu moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu muun muassa leikkaava lääkäri, anestesia- ja sairaanhoitaja ja fysioterapeutti. Ennen leikkausta on selvitettävä potilaan fyysinen ja psyykinen toimintakyky, vitaalitoiminnot, sairaudet ja hampaiden kunto. (Korte ym. 2000, 338-339.)

6.1 Preoperatiivisen fysioterapiakäynnin sisältö

Preoperatiivisen fysioterapiakäynnin tavoitteena on, että potilas käsittää fysioterapian olevan oleellinen osa tekonivelleikkaukseen liittyvää kokonaishoitoa. Oma aktiivinen liike- ja lihasharjoittelu auttaa hyvän leikkaustuloksen saavuttamisessa. Preoperatiivisen fysioterapian tarkoituksena on valmistaa potilas tulevaan leikkaukseen sekä postoperatiiviseen kuntoutukseen. Ennen tekonivelleikkausta potilaan on pidettävä huolta alaraajojen lihasvoimasta ja liikkuvuudesta. Harjoitteet eivät saa aiheuttaa lisää kipua, mutta niiden tulee olla tehokkaita. (Patteri 2005, 18; Talvitie ym. 2006, 345, 338-339.)

Preoperatiivisella käynnillä fysioterapeutin tehtäviin kuuluu ryhdin ja kävelyn arviointi sekä apuvälinetarpeen kartoitus. Fysioterapeutti tutkii myös lonkkanivelen aktiiviset ja passiiviset liikelaajuudet sekä lihasvoimat quadriceps, hamstring ja abduktori lihaksista. Ihon kuntoa tarkastaessa otetaan huomioon ihon väri, turvotus ja mahdolliset vauriot. Palpaation avulla arvioidaan lihasten määrää ja ihon lämpöä. (Tidswell 1998, 76-78.)

Preoperatiivisen käynnin aikana potilaalle ohjataan pre- ja postoperatiivinen hengitys- ja verisuonivoimistelu, asentohoito, siirtymiset vuoteeseen ja vuoteesta sekä sauvakävelyn periaatteet. Potilaan kanssa käydään myös läpi leikkauksen jälkeinen harjoitusohjelma ja kerrotaan liikkumiseen ja harjoitteluun liittyvistä rajoituksista ja riskitekijöistä. (Korte ym. 1997, 94; Talvitie ym. 2006, 339, 345.)

Potilas saattaa kokea pelkoa ja ahdistusta tulevasta leikkauksesta, minkä vuoksi on tärkeää, että fysioterapeutti auttaa omalta osaltaan potilasta ymmärtämään tulevaa leikkausta ja toimimista. Fysioterapeutin on huomioitava, että potilaiden ikä ja jännittyneisyys saattavat vai-

keuttaa annettujen ohjeiden käsittämisen ja omaksumiskykyä, minkä vuoksi suullisia ja kirjallisia ohjeita on läpikäytävä yhdessä useampaan otteeseen. Fysioterapeutin on autettava potilasta ymmärtämään kuntoutumisen vaiheet sekä omat mahdollisuudet edistää omaa kuntoutumista. Ennen leikkaukseen saapumista potilaan tulee hankkia tarvittavat apuvälineet apuvälinelainaamosta. Leikkauksen jälkeen tarvittavia apuvälineitä ovat kyynärsauvat, wc-korotus, istuintyyny, tarttumapihdit, sukanvetolaite ja sängynjalan korottajat. Kyynärsauvat tulee ottaa mukaan, kun potilas saapuu tekonivelleikkaukseen. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2008; Korte ym. 1997, 94; Talvitie ym. 2006, 345.)

Bjongin, Liikasen & Tikkasen (2005, 36-37) opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää preoperatiivisen ohjauksen sisältöä lonkan tekonivelleikkaukseen menevillä artroosipotilailla. Tutkimuksessa käsiteltiin preoperatiivisen ohjauksen tarpeita potilaiden näkökulmasta sekä potilaiden asenteiden, odotusten ja tietotason muuttumista. Aineisto kerättiin 20:ltä yli 65 -vuotiaalta lonkan tekonivelleikkaukseen menevältä, jotka olivat osallistumassa ensitietoviikonloppuun, jonka tarkoituksena oli antaa osallistujille tarvittavat tiedot tulevasta leikkauksesta sekä tekonivelleikkaukseen valmistautumisesta. Potilaat odottivat preoperatiiviselta ohjaukselta tietoa leikkaukseen liittyvistä asioista kuten leikkauksen kestosta, leikkaustavasta, toipumisesta, leikkauksen riskeistä ja leikkaukseen valmistautumisesta. Potilaat halusivat tietoa myös apuvälineistä, leikkauksen vaikutuksista liikkumiskykyyn ja tietoa lihasvoimaharjoittelusta sekä tiedon kenen puoleen kääntyä leikkaukseen liittyvissä kysymyksissä. 95 % osallistujista oli tyytyväisiä ensitietoviikonlopun tarjontaan ja heidän odotuksensa täyttyivät. Ensitietoviikonlopun jälkeen kaikki tiesivät miten tulevaan leikkaukseen tulee valmistautua. Osallistujat pitivät leikkausta edeltävää ohjausta tärkeänä. Tärkeimpinä asioina he pitivät apuvälineiden esittelyä, kuntoutusta sekä selkeitä ja yksinkertaisia ohjeita. Pelot vähenivät ohjauksella 55 prosentista 15 prosenttiin.

Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulussa tehtiin tutkimus preoperatiivisesta ohjauksesta vuonna 2008. Tutkimuksessa analysoitiin 58 kyselylomaketta. Tuloksena oli, että potilaat olivat tyytyväisiä fysioterapeutin ohjaukseen. Tietoa oli saatu riittävästi apuvälineistä ja niiden käytöstä, liikunnan aloittamisesta ja rajoituksista, liikunnan merkityksellisyydestä ja varauskielloista. Lisäohjausta olisi tarvittu vuoteeseen ja vuoteesta siirtymisiin sekä lihasharjoitusten ohjaukseen. (Mustola & Parkkulainen 2008, 36-37, 48.)

Nivelproteesileikkaukseen menevän potilaan preoperatiivisen kuntoutuksen merkityksestä on tehty tutkielma TYKS kirurgisessa sairaalassa vuonna 2009. TYKS kirurgisessa sairaalassa tehdään kolmanneksi eniten tekonivelleikkauksia Suomessa. Tutkielmassa tuodaan esille alan tekninen kehitys, jonka avulla nykyisin voidaan turvallisesti hoitaa potilaita, joita ei aiemmin voitu erinäisten syiden vuoksi protetisoida. Tutkielman mukaan potilaiden postoperatiivisten ongelmien ennakointi alkaa oikeista leikkausindikaatioista ja hyvästä potilasinformaatiosta.

TYKS:in kirurgisessa sairaalassa on ollut toiminnassa preoperatiivinen klinikkatoiminta vuodesta 2005 alkaen. Klinikatoiminta alkoi tekonivelkirurgian vuodeosastolta ja on sen jälkeen vaihteittain aloitettu jokaisella vuodeosastolla. Preoperatiivinen klinikka on osoittanut, että heidän toimintansa parantaa laatua, vähentää erityisesti iäkkäiden ja monisairaiden potilaiden viime hetken peruutuksia ja nopeuttaa leikkaussalitoimintaa poistamalla erityisesti päivän ensimmäisiä potilaita koskevia viiveitä. Klinikka lisää myös potilasturvallisuutta ja tyytyväisyyttä ja voi jopa vähentää sairaalassaoloaikoja, jolloin myös kustannukset vähenevät. (Kuusniemi, Haapoja, Pihlajamäki & Virolainen 2009, 233.)

6.2 Preoperatiivisen fysioterapiakäynnin tavoitteet

Leikkausta edeltävän fysioterapian tavoitteena on ylläpitää ja kohentaa fyysistä toimintakykyä. Tarkoituksena on vähentää kipua ja pelkoa sekä edistää leikkauksen jälkeistä kuntoutumista. Tapaamiskäynti sisältää monipuolista ohjausta ja neuvontaa. (Terveysportti 2009.) Preoperatiivinen tapaaminen järjestetään yleensä 1-2 viikkoa ennen leikkausta. Tapaamisen aikana kysellään potilaan taustatietoja, tehdään fyysinen arviointi sekä potilaalle annetaan mahdollisuus kysyä leikkaukseen ja kuntoutumiseen liittyviä kysymyksiä. (Tidswell 1998, 76.) Haastattelun aikana on tärkeää selvittää aiempaa liikkumiskykyä ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä kotiolosuhteita. (Kuusniemi ym. 2009, 233.)

Potilaaseen tutustuminen ennen operaatiota mahdollistaa havaintojen teon ja potilaan yksilölliset tarpeet huomioivan hoidon. Informaation antaminen leikkaukseen liittyvistä asioista helpottaa potilaan leikkaukseen valmistumista ja tulevaa kuntoutumista. Ennen leikkausta tapahtuva ohjaus mahdollistaa hyvän ja luottamuksellisen hoitosuhteen alkamisen. (Korte ym. 2000, 343.)

Vukomanovic, Popovic, Durovic ja Krstic suorittivat tutkimuksen 45:lle lonkan tekonivelleikkaukseen menevälle potilaalle. Potilaat jaettiin terapia- ja kontrolliryhmään. Terapiaryhmään kuuluvat saivat preoperatiivista ohjausta, heillä oli kaksi tapaamiskertaa fysioterapeutin kanssa ja heille annettiin liikuntaohjeita postoperatiivisen kuntoutusohjeiden mukaan. Vaikutuksia mitattiin kyselyllä, liikelaajuuksilla ja kipuasteikolla. Vaikutukset mitattiin asteikolla 0-5 kynä suoriutua päivittäisiä toiminnoista (0- ei pysty suoriutumaan tehtävästä, 5- suoriutuu tehtävästä itsenäisesti). Tuloksia mitattiin postoperatiivisen vaiheen aikana sekä 15 kuukautta leikkauksen jälkeen. Tutkimustulos osoitti, että terapiaryhmä käveli portaissa, käytti wc:tä ja tuolia aikaisemmin kuin verrokkiryhmä, vaikka kävely oli aloitettu samaan aikaan. Kolmantena postoperatiivisena päivänä terapiaryhmään osallistuvat olivat paljon itsenäisempiä päivittäisissä askareissa kuin kontrolliryhmäläiset. Terapiaryhmään osallistuneet suoriutuivat itsenäisemmin asennonvaihdoksista sängyssä, he pääsivät paremmin makuuasennosta istuma-asentoon ja istuma-asennosta seisoma-asentoon. Seisominen, kävely, tuolin ja wc:n käyttö onnistui myös verrokkiryhmää paremmin. Kotiutumisvaiheessa osa kontrolliryhmäläisistä tar-

vitsi apua portaiden käytössä, kun taas terapiaryhmäläiset suoriutuivat portaista itsenäisesti. Tutkimus osoitti, että kivussa tai liikelaajuuksissa ryhmien välillä ei ollut eroa kotiutumisvaiheessa. Tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että preoperatiivisella fysioterapiaohjauksella voidaan vaikuttaa potilaan toipumiseen. (Vukomanovic, Popovic, Durovic & Krstic 2008.)

7 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on saada tietoa preoperatiivisesta fysioterapiaohjauksesta lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää lonkan tekonivelleikkaukseen tulevien potilaiden käsityksiä sairaalan preoperatiivisesta fysioterapiaohjauksesta.

Tutkimustehtävä: millaisia käsityksiä potilailla on lonkan tekonivelleikkaukseen liittyvästä preoperatiivisesta fysioterapiaohjauksesta

8 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä on laadullinen tutkimus. Laadullisen tutkimuksen tunnusomaisia piirteitä ovat muun muassa keskittyminen tutkittavien näkökulmaan, harkinnanvarainen tai teoreettinen otanta, aineistolähtöinen analyysi, hypoteesittomuus, tutkimuksen tyylilaji, tulosten esitystapa sekä tutkijan asema ja narratiivisuus. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole tehdä tilastollisia yleistysjä. Tavoitteena on kuvata ilmiötä tai tapahtumia, ymmärtää tiettyä toimintaa tai antaa selkeä kuvaus tutkittavasta aiheesta. Laadullisen tutkimuksen kannalta on ihanteellista, jos aineistoa kerätään henkilöiltä, joilla on ennakkoon tietoa tai kokemusta tutkittavasta aiheesta. Tutkimukseen valittavat henkilöt tulee valita harkitusti. Tutkimusraportissa tulee ilmaista miten tiedonantajat on valittu ja minkälaiset tutkimuksen mukaiset kriteerit he ovat täyttäneet. Tutkija päättää itse mitä kriteerejä tutkimukseensa asettaa. (Eskola & Suoranta 1999, 13-15; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-86.)

Laadulliselle aineistolle tyypillistä on, että se on ilmiasultaan tekstiä, joka muodostuu esimerkiksi haastatteluista, havainnoinneista, päiväkirjoista, artikkeleista tai muista sellaisista. Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruussa on usein mukana hyvinkin läheinen kontakti tutkimukseen osallistuvien kanssa, joten laadullisessa tutkimuksessa eettisyyden arviointi on keskeinen asia. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelma voi elää tutkimushankkeen mukana. (Eskola & Suoranta 1999, 13-15; Kylmä & Juvakka 2007, 27, 64-65.)

Laadullinen tutkimus keskittyy usein varsin pieneen määrään tapauksia. Aineiston tieteellisyys kriteeri ei siis ole määrä vaan laatu. Jos tutkimukseen osallistujia on paljon ja aineisto on laaja, se voi vaikeuttaa aineiston analyysiä. Harkinnanvarainen otanta perustuu tutkijan kyvylle rakentaa tutkimukseensa vahvat teoreettiset perustukset, jotka osaltaan ohjaavat aineiston hankintaa. Laadullisessa tutkimuksessa kysymyksessä on lähes aina näyte, ei otanta. (Eskola & Suoranta 1999, 13-19; Kylmä ym. 2007, 27.)

Laadulliseen tutkimukseen kuuluu erilaisia traditioita, lähestymistapoja ja aineistonkeruu- ja analyysimenetelmiä. Laadullinen tutkimus -nimitystä voidaan kritisoida, koska se saattaa olla harhaanjohtava. Nimitys voi antaa vaikutelman paremmasta tai pehmeämmästä tutkimuksesta. Määrällistä ja laadullista tutkimusotetta ei kuitenkaan pitäisi katsoa kilpailevina ja toisensa poissulkevin. Tutkimuksen ei siis tarvitse olla joko määrällinen tai laadullinen, koska myös laadullisessa tutkimuksessa voi olla mukana määrällisen tutkimuksen elementtejä, kuten esimerkiksi kvantifiointi (= ilmaista määränä). Laadullinen ja määrällinen tutkimus eroavat siinä, että niiden tutkimusasetelmat ovat erilaisia. (Töttö 2004, 9-20.)

Hypoteesittomuus laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että tutkijalla ei ole lukkoon lyötyjä ennako-olettamuksia tutkimuksen tuloksista tai tutkimuskohteesta. Tutkijan tulisi laadullista analyysiä tehdessään ennemminkin yllättyä tai oppia tutkimuksensa kuluessa. Tutkijan asema on laadullisessa tutkimuksessa toisella tavalla keskeinen kuin tilastollisessa tutkimuksessa. Tutkijalla on vapautta, joka antaa mahdollisuuden joustavaan tutkimuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Tutkijalta vaaditaan myös tutkimuksellista mielikuvitusta, esimerkiksi uusien menetelmällisten ratkaisujen kokeilemistä. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa. Laadullista tutkimusta käytetään silloin, kun tutkittavasta asiasta ei ole ollenkaan tietoa tai aiheesta löytyy vain vähäistä tietoa. Jossain tilanteissa laadullista tutkimusta käytetään myös silloin, kun halutaan jo tutkittuun asiaan uusi näkökulma. (Eskola & Suoranta 1998, 19-25; Kylmä ym. 2007, 31.)

8.1 Aineiston hankinta

Ennen tutkimuksen alkua oli tehty päätös tutkimukseen osallistuvien potilaiden valintakriteereistä. Tutkimukseen osallistumisen kriteereiksi asetettiin 60-80 vuoden ikä, suomen kielen taito ja tulevan lonkan tekonivelleikkauksen oli oltava ensimmäinen. Fysioterapian osastonhoitaja soitti puhelimitse kriteerit täyttäneille potilaille jonohoitajalta saadun potilaslistan mukaan. Jos potilasta ei tavoitettu puhelimitse kahden soittoyrityksen jälkeen, edettiin potilaslistalla järjestyksessä eteenpäin niin kauan kunnes 10 vapaaehtoista löytyi. Puhelimitse tavoitettiin yhteensä 15 potilasta, joista viisi kieltäytyi.

Tutkimukseen osallistuneita kymmentä potilasta haastateltiin yksilöllisesti preoperatiivisen fysioterapiakäynnin jälkeen. Haastattelulle oli varattu sairaalasta rauhallinen tila, missä potilas ja haastattelija saivat olla rauhassa. Preoperatiivinen käynti ja haastatteluiden ajankohta määräytyivät leikkausajankohdan mukaan. Ensimmäiset leikkaukset alkoivat viikolla kolme vuonna 2010. Haastattelut tehtiin 13.1.2009-25.2.2010 välisenä aikana.

Opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, joka on yksi puolistrukturoidun haastattelun muodoista. Teemahaastattelulle on tyypillistä, että haastattelu etenee ennalta päätettyjen teemojen ja tarkentavien kysymysten mukaan. Haastateltavia ei sidota vastausvaihtoehtoihin vaan kysymyksiin on tarkoitus vastata omin sanoin. Teemahaastattelun avulla pystytään tutkimaan ihmisten kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 47-48; Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, koska haastattelun aihepiirit ja teemat ovat samat kaikille haastateltaville. Teemahaastattelu eroaa strukturoidusta menetelmästä siinä, että kysymyksiä ei ole pakko esittää tietyssä järjestyksessä ja muodossa. Etukäteen valitut haastatteluteemat nousevat esiin tutkittavasta aiheesta. Haastatteluja tehdessä kysymykset on esitettävä niin, että vastaukset ovat merkityksellisiä tutkimustehtävää ajatellen. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 48; Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Haastattelun teemat on luotu yhteistyönä opinnäytetyötä tekevien opiskelijoiden ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Haastatteluteemat löytyvät liitteestä 3.

Haastattelu tiedonkeruun muotona on tutkimuksessa luonteva ja tarkoituksenmukainen, sillä se mahdollistaa tiedonkeruun suuntaamista vielä itse haastattelutilanteessa. Tutkimusaihe on sellainen, että siitä ei ole juurikaan aiempaa tutkimustietoa. Näin ollen kyseessä on vähän kartoitettu ja tuntematon alue, jolloin vastausten suuntia on etukäteen vaikea hahmottaa. Siksi esimerkiksi kyselylomake ei todennäköisesti antaisi riittävän syvää kuvaa aiheesta. Haastattelulla halutaan korostaa sitä, että ihminen nähdään tutkimustilanteessa subjektina, jolle halutaan antaa mahdollisuus tuoda esiin itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti. Haastattelun avulla voi myös olla mahdollista saada esiin vastausten taustalle olevia motiiveja. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 34-37.)

Haastattelun suorittaminen vaatii haastattelijalta taitoa ja kokemusta. Hirsjärvi ja Hurme (2006, 72-73) viittaavat, että haastattelijan tehtäviin pitäisi kouluttautua. Heidän mukaansa esihaastattelut ovat välttämätön ja tärkeä osa teemahaastattelua. Ennen varsinaisia haastatteluiden suorittamista, arvioitiin haastatteluihin kuluva aikaa ja kysymysten sopivuutta koehaastatteluiden avulla. Potilaiden haastattelut suoritettiin niin, että toinen haastattelijoista suoritti haastattelun ja toinen seurasi teemahaastattelun kulkua. Haastattelua seurannut kysyjä haastattelun lopussa tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä haastateltavalta, jotta kaikkiin aihealueisiin saatiin vastaukset.

Haastattelu on vuorovaikutustilanne, joka monilta osin muistuttaa tavallista keskustelua. Haastattelun, kuten tavallisen arkikeskustelunkin, sujuvuuden edellytyksenä on, että sen osapuolet noudattavat tiettyjä julkilausumattomia ”sääntöjä”. Näitä sääntöjä kutsutaan keskustelun rakenteiksi ja ne pitävät sisällään yleisiä vuorovaikutukseen liittyviä tapoja, kuten milloin on sopivaa ottaa puheenvuoro. Tavallisesta arkikeskustelusta haastattelun erottaa muun muassa se, että haastattelulla on erityinen tarkoitus ja osallistujilla erityiset roolit. Haastattelulle tyypillistä on, että haastatteliija on tilanteessa tietämätön osapuoli, jonka tehtävänä on esittää kysymyksiä, kun taas tieto on haastateltavalla. Haastatteliija toimii aloitteen tekijänä ja hän myös yleensä ohjaa tai ainakin suuntaa keskustelun kulkua tiettyihin puheenaiheisiin. Haastatteliija esittää kysymyksiä, joihin haastateltava vastaa. Ennen seuraavaan kysymykseen siirtymistä haastatteliija vielä kiittää vastauksen. Kiittäyksellä haastatteliija ikään kuin vahvistaa, että hän on saanut vastauksen kysymykseensä. Haastattelijan tulee olla perillä omasta roolistaan haastattelussa, kun taas haastateltava voi oppia oman roolinsa haastattelun aikana. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 22-23, 27; Hirsjärvi & Hurme 2006, 94-95.)

Haastattelutilanne aloitetaan ja lopetetaan erityisillä toimilla. Aluksi saatetaan keskustella hetki säästä tai muusta neutraalista aiheesta ennen varsinaiseen haastatteluun siirtymistä. Haastattelun alussa haastattelijan on hyvä tuoda esiin haastattelun tarkoitus ja käydä lyhyesti läpi haastattelun rakenne, jotta haastateltavan on helpompaa hahmottaa tulevaa tilannetta. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 92.) Haastattelun lopettaminen perustuu minimipalautteisiin, jotka ovat erilaisia pikku sanoja (joo, niin) ja ynähdyksiä (mm), joilla on monenlaisia vuorovaikutuksen ohjailun tehtäviä. Ne osoittavat esimerkiksi kuuntelemista, sanoman vastaanottamista, kehotusta jatkaa puheenvuoroa tai halukkuutta ottaa se. Minimipalautteiden avulla osallistujat voivat varmistaa, että keskustelu voidaan tältä osin päättää, eikä kenelläkään ole asiaan enää lisättävää. Lopuksi haastatteliija vielä kiittää haastattelusta. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 26.)

Haastattelun onnistumisen edellytyksenä on, että haastattelijan ja haastateltavan välille muodostuu luottamuksellinen suhde. Haastattelijan on kerrottava totuudenmukaisesti haastattelun tarkoituksesta, pidettävä saamiaan tietoja luottamuksellisina sekä varjeltava haastateltavien anonymiteettia. Hänen on myös osoitettava mielenkiintoa haastateltavaa ja tämän puhetta kohtaan. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 41.) Tutkimukseen osallistuvilla potilaille annettiin ensimmäisen kotikäynnin yhteydessä tiedote tutkimuksen etenemisestä (Liite 1), mikä täydensi ja muistutti heitä tutkimuksen tarkoituksesta. Tiedotteesta selviää, että potilaiden henkilöllisyys on turvattuna koko tutkimusprosessin ajan eikä heidän henkilöllisyytensä paljastu tutkimustuloksista. Jokaiselta potilaalta pyydettiin myös allekirjoitus suostumuslomakkeeseen (Liite 2) ennen aineiston keräämisen aloittamista.

Kaikki haastattelut nauhoitettiin aineiston analyysiä varten. Nauhoituslupa pyydetään haastattelun alussa ennen nauhurin käynnistämistä. Nauhoittamislupaa pyydetessä voi olla hyvä tuoda nauhurin käyttö esiin itsestäänselvyytenä ja kuin ohimennen kysyä, 'eihän häiritse, että nauhoitan keskustelumme'. Voi myös olla hyvä vedota omaan hataraan muistiin perusteluna nauhurin käytölle. Harvat ihmiset häiriintyvät nauhurin käytöstä ja suurin osa unohtaa nauhurin olemassaolon muutaman minuutin kuluttua. (Hirsijärvi & Hurme 2006, 93.)

8.2 Aineiston analyysi

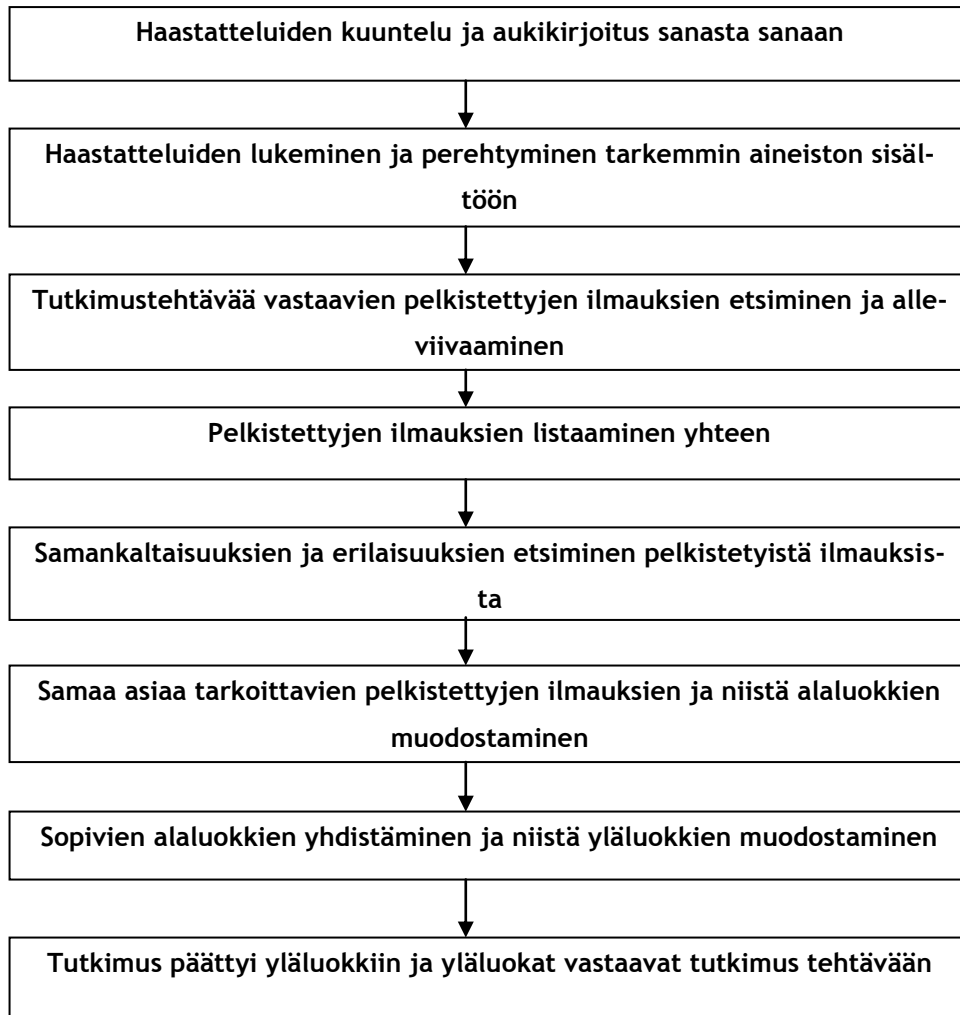
Aineiston analyysi aloitetaan haastatteluiden perusteellisesta tarkastelemisesta. Tallennetun aineiston purkamiseen on periaatteessa valittavana kaksi tapaa. Niistä ensimmäinen on aineiston sanasta sanaan puhtaaksikirjoittaminen eli litterointi. Se voidaan tehdä koko haastatteludialogista tai valikoiden esimerkiksi vain teema-alueista tai vain haastateltavan puheesta. Toisessa tavassa aineistoa ei kirjoiteta tekstiksi, vaan päätelmiä tai teemojen koodaamista tehdään suoraan nauhoitteesta. Opinnäytetyössä haastatteluiden analysoinnissa on käytetty litterointia. Eri analyysiohjelmat asettavat litteroinnille erilaisia vaatimuksia, joten litteroinnin tarkkuuteen on syytä kiinnittää huomiota heti alusta asti. (Hirsijärvi & Hurme 2006, 138.)

Opinnäytetyössä litteroinnit tehtiin kaikista kymmenestä haastatteludialogista. Litteroinneista pyrittiin kirjoittamaan ylös kaikki naurahdukset ja pienet apusanat. Molemmat opinnäytetyön tekijät tutustuivat osaltaan litterointiaineistoihin, joista he alleviivasivat tutkimustehtävää vastaavia ilmauksia. Tämän jälkeen opinnäytetyön tekijät vertailivat keskenään alleviivattuja ilmauksiaan. Lopuksi aineistosta koottiin tutkimustehtävää vastaavat alkuperäisilmaukset. Alkuperäisilmausten jäsentely oli aluksi hankalaa. Aineiston jäsentelyä selkeytti, kun samaa aihetta koskevat alkuperäisilmaukset koottiin Excel-työkirjassa yhteen.

Opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä aineiston purkamisessa, mikä on yksi laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmistä. Sisällönanalyysiä apuna käyttäen aineistoa pystytään analysoimaan systemaattisesti ja objektiivisesti. Aineistoa voivat olla melkeinpä kaikki kirjalliseen muotoon saatetut materiaalit kuten artikkelit ja aukikirjoitetut haastattelut. Tarkoituksena on etsiä aineistosta merkityksiä ja kuvata aineiston sisältöä sanallisesti. Analyysin tarkoituksena on saada hajanaisesta aineistosta selkeä ja yhtenäinen kuvaus kadottamatta kuitenkaan sen sisältöä. Aineistosta on tärkeää jättää pois kaikki epäolennainen. On valittava jokin tarkasti rajattu aihealue, mistä kerrotaan kaikki, mitä irti saa. Sisällönanalyysin avulla tutkittava asia saadaan tiivistettyyn muotoon ja aineisto saadaan järjestetyksi jottopäätöksiä varten. Aineistolähtöisen lähestymistavan tarkoituksena on tuottaa tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Perusajatuksena on, että analyysitulokset ovat lähtöisin aineistosta. Aiemmillä havainnoilla ja tiedolla ei tämän vuoksi tule olla vaikutuksia analyysin toteuttamiseen ja lopputuloksiin. Aiemmat tutkimustulokset pyritään unohtamaan analyysi-

vaiheessa jotta niillä ei olisi vaikutusta analyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-92, 95, 103-104, 106.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen 1) aineiston pelkistäminen, 2) aineiston ryhmittely ja 3) teoreettisten käsitteiden luominen. Kuvio 2 kuvaa, miten aineistolähtöinen sisällönanalyysi eteni opinnäytetyössä. Pelkistämisessä analysoitava aineisto voi olla esimerkiksi aukikirjoitettu haastattelu. Pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, jonka mukaan aineistoa pelkistetään tiivistämällä tutkimustehtävälle olennaiset alkuperäisilmaukset. Alkuperäisilmauksista nousseita ilmauksia kutsutaan pelkistetyiksi ilmauksiksi. Aineiston ryhmittelyvaiheessa pelkistetyt ilmaukset käydään huolellisesti läpi ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia. Samankaltaiset ilmaukset yhdistetään luokaksi ja luokka nimetään sitä kuvaavalla käsitteellä. Ryhmittelyvaiheessa aineisto tiivistyy, koska yksittäiset ilmaukset sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Pelkistetyistä ilmauksista koostuu alaluokkia, alaluokat muodostavat yläluokkia ja yläluokkia yhdistämällä saadaan pääluokkia. Opinnäytetyön aineiston analyysivaiheessa päädyttiin yläluokan tasolle. Ryhmittelyvaihetta seuraa teoreettisten käsitteiden luominen, jonka tarkoituksena on erottaa tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja luoda niiden pohjalta teoreettisia käsitteitä. Teoreettisia käsitteitä luodessa tutkija luo kuvan tutkimuskohteesta. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä käsitteitä yhdistämällä saadaan vastaus tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtävään. Sisällönanalyysi pohjautuu alkuperäisaineiston tulkintaan ja päättelyyn, jonka avulla saadaan käsitteellisempi näkemys tutkittavasta aiheesta. Johtopäätöksiä tehdessä tutkija yrittää ymmärtää mitä asiat tutkittaville merkitsevät. Tarkoituksena on ymmärtää tutkittavia analyysin kaikissa vaiheissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 117- 119; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-113.)



Kuvio 2: Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi-Sarajärvi 2009, 109).

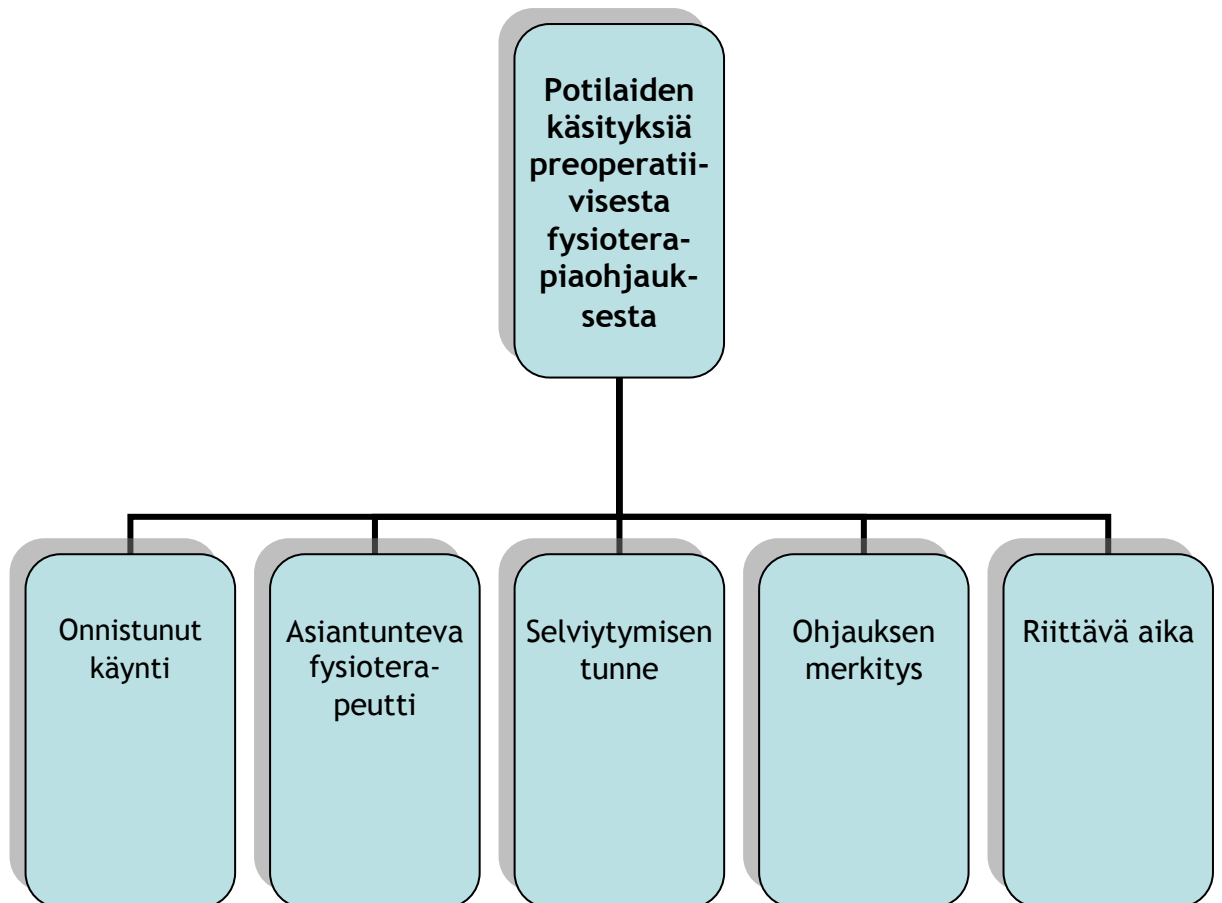
Kuvio 3 on esimerkki opinnäytetyössä käytetystä sisällönanalyysitaulukosta. Kuviossa on esiteltynä tutkimuksen yksi yläluokista. Kuviossa näkyy miten yläluokkiin on päästy opinnäytetyössä. Aineiston käsittelyssä alkuperäisilmaukset muokattiin pelkistetyiksi ilmauksiksi. Pelkistettyjen ilmauksien avulla alaluokkien muodostaminen oli helpompaa. Pelkistettyjen ilmauksien avulla potilaiden sanoma selkiytyi paremmin tutkijoille. Pelkistetyistä ilmauksista nousi kaksi alaluokkaa. Esimerkki kuviossa nämä alaluokat ovat tieto liikerajoitusten noudattamisen tärkeydestä ja ymmärrettävät ohjeet. Yläluokaksi muodostui ohjauksen merkitys. Sisällönanalyysi on auttanut hahmottamaan kokonais kuvaa aineistosta. Tutkimuksen aineisto on laaja, joten aineistoon perehtyminen sekä aineiston jäsentäminen olisi ollut huomattavasti haastavampaa ilman sisällönanalyysiä.

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
No kyllä se on se, mitä ei saa tehdä ku hän selvästi näytti, että jos mä teen näin ni sillo siellä menee leikkaus pieleen, et se oli must tärkeintä.	Ohjeiden antaminen sallituista liikkeistä tärkeää.	Tieto liikerajoitusten noudattamisen tärkeydestä	Ohjauksen merkitys
Tietysti ihan hyödyllistä kuulla näistä.. mitä tässä nyt sitte tuli ni näistä eri liikkeistä ja asennoista.	Oli hyödyllistä kuulla liikerajoitteista ja sallituista asennoista.		
Liikkeethän oli ihan selvällä talonpoikaiskielellä puhuttu et kyl mä ymmärsin ihan hyvin että. Ja sit tää liike miten just et mä en saa niinku sisäänpäin taivuttaa tätä jalkaa sit leikkauksen jälkeen.	Sallittujen liikkeiden neuvomisen selkeätä ja tietoa liikerajoituksista hyvä.		
Hyviä ohjeita ja selkeitä ja sillä tavalla.	Ohjeet selkeitä ja hyviä.	Ymmärrettävät ohjeet	
Kyl mä pysyin koko ajan hyvin mukana pysyin koko ajan, joo. Tieto lisäänty.	Pysyin koko ajan hyvin mukana ja tietoa lisäänty.		
Kaikki, kaikki minusta oli niin selvää ulosantia, että, että tuota. Kyllä mä luulen, että noilla pärjää.	Ulosanti oli mielestäni selvää. Kyllä luulen, että noilla pärjää.		

Kuvio 3: Esimerkki opinnäytetyössä käytetystä sisällönanalyysi taulukosta

9 Tutkimuksen tulokset

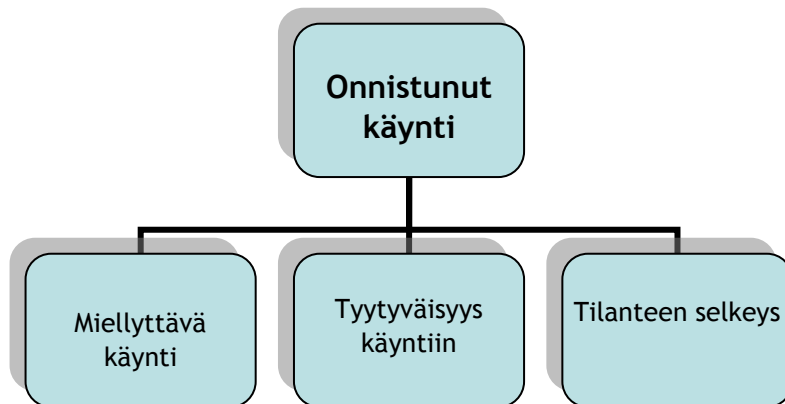
Aineiston analyysissä nousi viisi yläluokkaa, joissa on kahdesta neljään alaluokkaa. Kuviossa 4 on esitetty aineistosta nousseet yläluokat. Yläluokat ovat: onnistunut käynti, asiantunteva fysioterapeutti, selviytymisen tunne, ohjauksen merkitys ja riittävä aika.



Kuvio 4: Potilaiden käsityksiä preoperatiivisesta fysioterapiaohjauksesta

9.1 Onnistunut käynti

Onnistunut käynti -yläluokka koostuu alaluokista miellyttävä käynti, tyytyväisyys käyntiin ja tilanteen selkeys. Kuviossa 5 on esitetty alaluokat. Potilaat kokivat, että preoperatiivinen fysioterapiakäynti oli kokonaisuudessaan onnistunut. Potilailta kysyttäessä käynnistä ruusuja ja risuja, heillä ei ollut muuta kuin ruusuja annettavana.



Kuvio 5: Onnistunut käynti

9.1.1 Miellyttävä käynti

Potilaat kokivat ohjaustilanteen ilmapiirin positiivisena ja miellyttävänä. Ohjaustilannetta pidettiin miellyttävänä, koska potilaat kokivat tullessa ohjaustilanteessa kuunnelluiksi ja heidän kysymyksiin vastattiin asianmukaisesti. Potilaille jäi tunne, että heistä ja heidän tilanteestaan välitetään. Potilaat kuvasivat vuorovaikutussuhdetta onnistuneeksi, tasavertaiseksi ja luontevaksi. Monet potilaista korostivat myönteisesti fysioterapeutin tapaa kuunnella ja huomioida potilaita. Fysioterapeutteja kuvailtiin sympaattisiksi, ystävällisiksi ja miellyttäviksi.

”Kyllä tunnelma on hyvin ruusuinen, ei mitään risuja.”

”Kuunteli ja antoi hyviä nevoja.”

9.1.2 Tyytyväisyys käyntiin

Osalla potilaista ei ollut mielikuvaa fysioterapiakäynnin sisällöstä, joten he olivat positiivisesti yllättyneitä ja tyytyväisiä. Potilaat kokivat preoperatiivisen fysioterapiakäynnin tarpeellisena, koska maallikkona heillä ei ollut tarvittavaa tietoa, mitä odottaa tulevalta leikkaukselta ja kuntoutumiselta. Tiedon lisääntyminen koettiin tarpeellisena. Potilaiden mielestä fysioterapiakäynnin aikana käytiin kattavasti läpi leikkaukseen ja kuntoutumiseen liittyviä asioita. Potilaat eivät osanneet kaivata ohjaukseen mitään lisää. Muutama potilaista kertoi, että käyntikerta meni yli odotusten.

”Tämä oli erittäin hyvä tämä tämä fysioterapeutin tämä näin käynti.”

”Yli odotusten, yli odotusten meni tää.”

9.1.3 Tilanteen selkeys

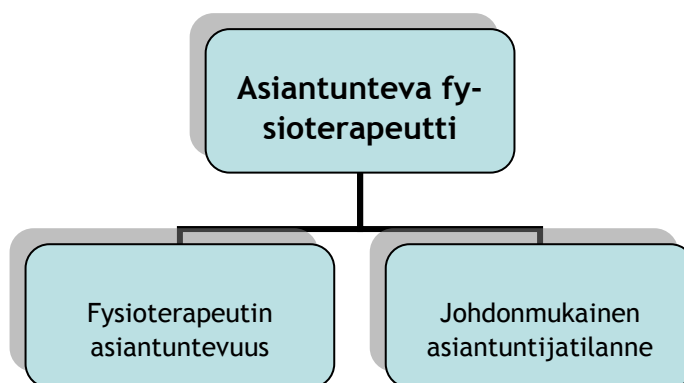
Potilaat kokivat fysioterapiaohjauksen selkeänä. Fysioterapeutit eivät käyttäneet ammattisanastoa vaan puhuivat ymmärrettävästi. Jokaisessa haastattelussa tulee ilmi, että potilaat kokivat ohjaustilanteen etenevän johdonmukaisesti.

”En nähnyt mitään/ minkään näköistä siinä semmoista niin ku epäkohtaa tai ongelmaa, että tuota. Hyvin selväpiirteinen minusta.”

”Selkeys on tärkeää, ainakin minusta.”

9.2 Asiantunteva fysioterapeutti

Asiantunteva fysioterapeutti -yläluokka koostuu alaluokista fysioterapeutin asiantuntevuus ja johdonmukainen asiantuntijatilanne. Kuviossa 6 on esitetty vielä edellä mainitut alaluokat. Asiantuntevalla fysioterapeutilla potilaat tarkoittivat henkilöä, joka alansa ammattilaisena vei ohjaustilanteen johdonmukaisesti alusta loppuun.



Kuvio 6: Asiantunteva fysioterapeutti

9.2.1 Fysioterapeutin asiantuntevuus

Potilaiden mielestä fysioterapeutin asiantuntevuus näkyi kattavissa tiedoissa lonkan tekniivelleikkaukseen liittyvissä asioissa ja kuntoutuksesta. Potilaiden mielestä oli tärkeää ja mielenkiintoista kuulla asiantuntijan lausunto. Fysioterapeutin tutkimuksessa osalle potilaista selvisi käytännössä kuinka paljon heidän lonkkanivelen liikelaajuudet ovat nivelrikon vuoksi pienentyneet. Potilaat toivat haastatteluissa esille, että fysioterapeuteilla oli ohjaukseen tarvittavaa ammattitaitoa. Fysioterapeuttien vuorovaikutustaidot olivat hyvät, potilaille jäi tunne, että he ovat hyvissä käsissä. Aineistosta käy ilmi, että osalla potilaista ei ollut aikaisempaa kokemusta fysioterapiakäynneistä ja heillä ei ollut ennakko-odotuksia tilanteesta, mutta he kokivat tilanteen asiantuntevana.

”Ihan miellyttävä hän oli oikein mukavan tuntuinen. Asiantuntija kyl asiansa tunteva kyllä ihan.”

”Asiantunteva ja hyvä. Asiantunteva ja hyvä oli minusta.”

9.2.2 Johdonmukainen asiantuntijatilanne

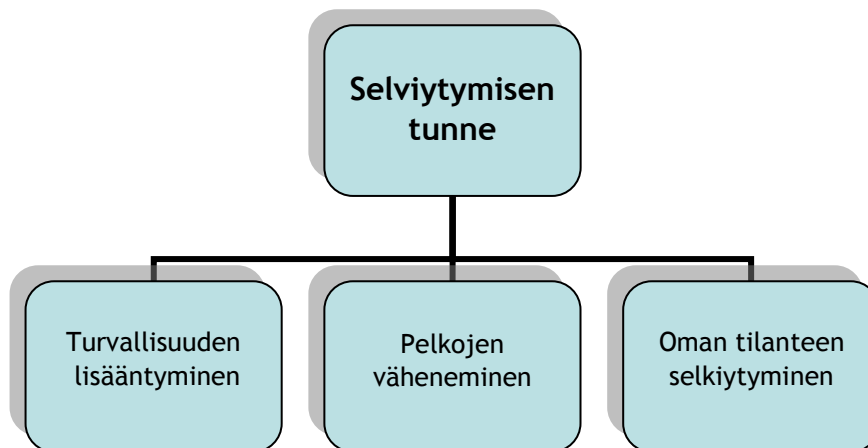
Potilaat kokivat fysioterapiakäynnin johdonmukaisena ja heidän mielestään johdonmukaisuus näkyi fysioterapeuttien tavassa viedä ohjaustilannetta eteenpäin. Ohjaustilanteen koettiin etenevän, potilaiden sanojen mukaisesti, sapluunaa noudattaen. Potilaiden mielestä ohjaustilanteessa käydyt asiat käytiin läpi johdonmukaisessa järjestyksessä. Fysioterapeuteilla oli potilaiden mielestä ammattitaitoa viedä johdonmukaisesti ohjaustilannetta eteenpäin, aiheen mahdollisesta karkailusta huolimatta. Potilaat kokivat fysioterapiatilanteen toimivana kokonaisuutena. Potilaiden mielestä ohjaustilanteessa käytiin läpi heille tärkeitä asioita.

”Must se meni aika sillä lailla niinku johdonmukaisesti ihan niinku jonkun sapluunan mukaan niinku tietysti pitääkin mennä. Must se meni kattavasti.”

”No. Se tuntu hyvin asialliselle ja selvälle. Selvälle tuota.. Kyllä tuosta pitäisi osata sit hoitaa ne velvoitteet, mitkä nyt tässä katsoo, että pitäis omalta puolelta hoitaa kuntoon. Minusta se oli hyvin selvä.”

9.3 Selviytymisen tunne

Selviytymisen tunne -yläluokka koostuu alaluokista turvallisuuden lisääntyminen, pelkojen väheneminen ja oman tilanteen selkiytyminen. Kuviossa 7 on vielä esitetty edellä mainitut alaluokat. Preoperatiivinen fysioterapiaohjaus lisäsi potilaiden selviytymisen tunnetta. Potilaat suhtautuivat preoperatiivisen ohjauksen jälkeen tulevaan leikkaukseen ja kuntoutumiseen positiivisemmalla mielellä.



Kuvio 7: Selviytymisen tunne

9.3.1 Turvallisuuden lisääntyminen

Preoperatiivinen fysioterapiaohjauskäynti antoi potilaille toivoa ja lisäsi turvallisuuden tunnetta leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen. Potilaiden luottamus arjessa selviytymiseen lisääntyi. Tieto, että sairaalassa harjoitellaan esimerkiksi porraskävelyä kyynärsauvoilla, lisäsi potilaiden turvallisuuden tunnetta. Leikkauksen jälkeinen kotona pärjääminen askarrutti potilaita, joten tieto siitä, että sairaalassa harjoitellaan päivittäisiä toimintoja lisäsi uskoa tulevaan. Potilaat kuvasivat ohjaustilanteen jälkeistä olotilaansa huojentuneeksi. Potilaat kokivat turvallisuutta lisäävänä tekijänä myös sen, kun fysioterapeutti kertoi, että hänelle voi tarvittaessa aina soittaa. Monet potilaista kokivat tutkimukseen osallistumisen tuovan turvallisuuden tunnetta, koska heidän kotonaan tullaan käymään vielä leikkauksen jälkeen.

”No ainakin se kaikki, et saa tukea ja turvaa.”

”Täs tuli ilmi, että on hoidossa ja seurannassa jälkeenpäinkin.”

9.3.2 Pelkojen väheneminen

Pelot leikkauksen jälkeiseen liikkumiseen vähenivät preoperatiivisen käynnin jälkeen, koska monilla potilaista oli uskomus, että leikatulle alaraajalle ei saa varata. Monet myös pelkäsivät ”pilaavansa leikkaus tuloksen” tekemällä vääriä liikkeitä. Potilaat kertoivat saaneensa fysioterapeuteilta tarkat ohjeet sallituista ja kielletyistä liikkeistä ja asennoista, jotka vähensivät potilaiden pelkoja. Suurin osa potilaista koki pelkoa leikkauksen jälkeisestä kivusta. Potilailla oli myös pelkoa siitä häviävätkö jo olemassa olevat kivut leikkauksen myötä. Potilaat kertoivat saaneensa fysioterapeutilta ja sairaanhoitajalta tietoa kivun hoidosta. Kirurgin kanssa keskustelu lisäsi myös varmuutta kipujen häviämisestä.

”Sai mut niinku positiivisemmalle mielelle että en mä nyt enää niin hirveesti pelkää sit toipumista ku mä oon pelänny, Mä sitä mä oon kaikkein eniten pelännyt et miten mä selviin kaikessa.”

”Tuntuu aina varmemmalta olo kun tietää enemmän.”

9.3.3 Oman tilanteen selkiytyminen

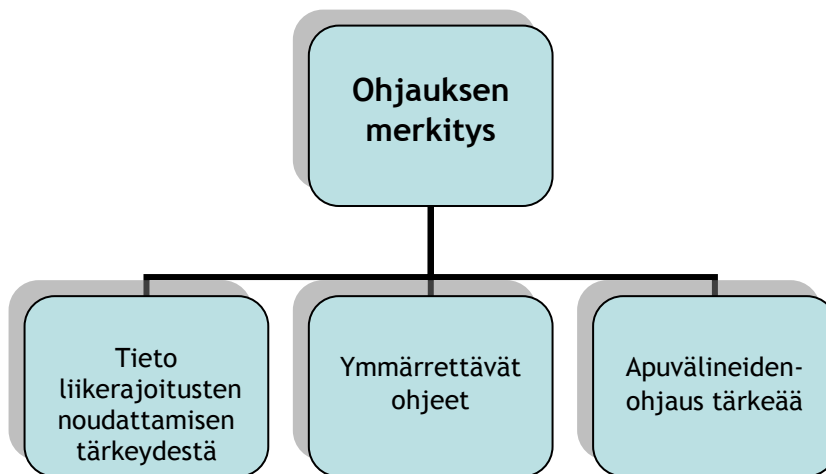
Potilaiden kertoman mukaan heidän kuva omasta tilanteestaan selkiytyi, kun fysioterapeutti kävi läpi lonkkanivelen liikelaajuudet. Potilaat havaitsivat rajoittuneet liikesuunnat huomattavasti rajoittuneemmiksi kuin terveen puolen lonkassa. Potilaat toivat ilmi miettineensä, onko leikkaus liian aikaista, koska kävely vielä onnistuu. Preoperatiivisella käynnillä näytettiin halukkaille röntgenkuva kuluneesta lonkkanivelestä. Potilaiden mielestä röntgenkuvan näkeminen, kipu sekä liike- ja toimintakyky rajoitteet selkeyttivät omaa tilannetta ja leikkauksen tärkeyttä.

”Ei ainakaa tullu sellaista tunnetta et mä oon turhan takia täällä, et vaan kaikki näytti entistä enemmän siltä, että tää on oikeutettu ja tarpeellista toimintaa.”

”Sit ku mä näin oman röntgenkuvan, et mitä siel on vialla ni kyl se selvens kans kauheesti.”

9.4 Ohjauksen merkitys

Ohjauksen merkitys -yläluokka muodostui alaluokista tieto liikerajoitusten noudattamisen tärkeydestä, ymmärrettävät ohjeet ja apuvälineidenohjaus tärkeää. Edellä mainitut alaluokat esitetään vielä kuviossa 8. Ohjauksen merkityksellä tarkoitetaan sitä, että potilaat kokivat preoperatiivisen fysioterapiaohjauksen tärkeänä osatekijänä leikkaukseen valmistautumisessa sekä leikkauksen jälkeisessä kuntoutuksessa. He kokivat tärkeänä, että ohjaustilanteessa kerrotaan ja myös ohjataan, miten toimia leikkauksen jälkeen. Potilaat kokivat fysioterapeutin antamat ohjeet selkeiksi ja ymmärrettäviksi. Monella potilaalla ei ollut kokemusta apuvälineiden käytöstä, joten he kokivat apuvälineiden käytön ohjauksen tärkeänä.



Kuvio 8: Ohjauksen merkitys

9.4.1 Tieto liikerajoitusten noudattamisen tärkeydestä

Potilaita askarruttivat muun muassa sallitut liikkeet sekä leikatulle alaraajalla varaaminen. Monella potilaalla oli käsitys, että leikatulle alaraajalle ei saa varata täydellä painolla heti leikkauksen jälkeen. Useita heistä askarrutti myös liikerajoitteet ja niiden rajoissa toimiminen. Monet potilaat pelkäsivät pilaavansa leikkauksen tuloksen tekemällä vääriä liikkeitä, joten he olivat tyytyväisiä saatuaan ohjeet miten toimia rajoitusten mukaisesti. Potilaat kokivat saaneensa paljon lisää tietoa leikkauksen jälkeisistä liikkumisen rajoitteista. Aineistosta käy ilmi, että osalla potilaista oli ennakkokäsityksiä kielletyistä liikkeistä, joita he olivat kuulleet tuttaviltaan ja useat näistä tiedoista olivat vanhentuneet/virheelliset nykyisiin toimintatapoihin verrattuna. Potilaille ohjattiin muun muassa sängystä ylösnousu ja istuminen tuolilla sallittuja liikerajoitteita noudattaen. Monet potilaista kertoivat odottaneensa leikkauksen jälkeisten rajoitusten olevan vielä rajoittavampia.

”No kyllä se on se, mitä ei saa tehdä ku hän selvästi näytti, että jos mä teen näin ni silloin siellä menee leikkaus pieleen, et se oli must tärkeintä.”

”No ehkä juuri tämä.. kuinka paljon sitä saa sitten liikuttaa sitä leikattua ni veltä, että et se on tosiaan niin tarkkaa se kumartuminen ja mitä siihen nyt liittyy.”

9.4.2 Ymmärrettävät ohjeet

Aineistosta käy ilmi, että potilaat ovat tyytyväisiä, kun ennen leikkausta annetaan ohjeistusta tulevasta leikkauksesta ja liikkumisen rajoituksista. Potilaat kokivat fysioterapeutin antamat ohjeet selkeiksi ja ymmärrettäviksi. Fysioterapeutit eivät käyttäneet ohjauksessa ammat-tisanastoa, joten potilaat kokivat, että heidän oli helppo pysyä mukana ohjauksessa. Potilaat kokivat fysioterapeuttien ulosannin selkeänä ja sujuvana. Aineistosta nousee esille, että kirjallisten ohjeiden antaminen koettiin hyväksi.

”Kaikki, kaikki minusta oli niin selvää ulosantia, että, että tuota. Kyllä mä luulen, että noilla pärjää. ”

”Kyl mä pysyin koko ajan hyvin mukana pysyin koko ajan, joo. Tieto lisäänty.”

9.4.3 Apuvälineidenohjaus tärkeää

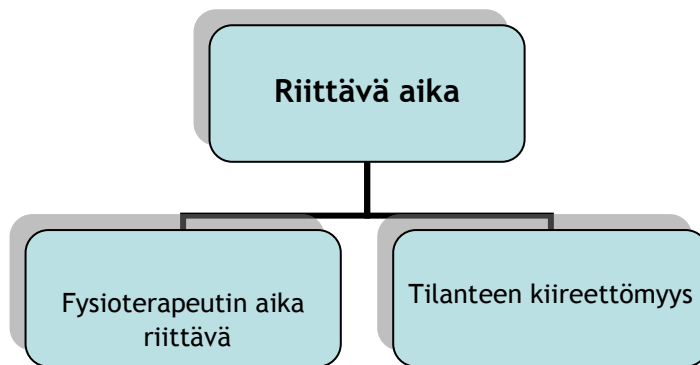
Mielipiteet apuvälineidenohjauksen tärkeydestä vaihtelivat. Suurin osa oli sitä mieltä, että apuvälineidenohjaus oli tärkeää. Muutama oli kuitenkin sitä mieltä, että apuvälineidenohjaus preoperatiivisella fysioterapiakäynnillä ei ole välttämätöntä. Kukaan potilaista ei kuitenkaan ollut sitä mieltä, että apuvälineidenohjaus olisi turhaa. Osa potilaista olisi jopa toivonut, että apuvälineohjaukseen olisi perehdytty enemmän. Potilaat kokivat tärkeänä saada tietoa ennen leikkausta hankittavista apuvälineistä sekä niiden käytöstä. Potilailla ei ollut tietoa mistä apuvälineet lainataan, joten he kokivat tämänkin ohjauksen tärkeänä. Fysioterapeutit ohjasivat osalle potilaista apuvälineiden käyttöä, muun muassa kyynärsauvoilla kävelyä ja sukanvetolaitteen käyttöä. Kyynärsauvojen käytön opetteleminen mietitytti osaa potilaista. Monille potilasta apuvälineiden käyttö oli vierasta, joten he kokivat hyödyllisenä saada henkilökoh-taista ohjausta apuvälineiden käytöstä.

”Hän antoi mulle sen listan et siinä vaan ne, siihen että mitä apuvälineitä että sano, että kannattaa niinku ennen ennenku sitä leikkausta hommata, että voin vaikka harjoitella käyttöä ennen sitä.”

”Näytti sitten miten sukanvedin toimii ja noin että. Et ei ei siinä oikeestaan sen kummempaa niin ku oo että. Ainoa tietysti, että noilla kainalosauvoilla oppii sitten kävelemään”

9.5 Riittävä aika

Riittävä aika -yläluokka koostuu alaluokista fysioterapeutin aika riittävä ja tilanteen kiireettömyys. Potilaat kokivat preoperatiiviseen fysioterapia käyntiin varatun ajan riittäväksi. Ohjaustilanteessa käsitellyt asiat käytiin läpi kiireettömästi. Kuviossa 9 on esitetty edellä mainitut alaluokat.



Kuvio 9: Riittävä aika

9.5.1 Fysioterapeutin aika riittävä

Preoperatiiviseen käyntiin varattu aika oli potilaiden mielestä riittävä. Yhden potilaan mielestä aika oli kyllä riittävä, mutta aikaa ei missään tapauksessa ollut liikaa. Potilaat kertoivat ehtineensä kysyä kaikki mieltä askarruttavat asiat ja saivat niihin kattavat vastaukset. Potilaat kokivat, että ohjauskäyntiin varattu aika riitti käsiteltävien asioiden läpikäyntiin.

”No mun mielestä siinä tuli kyllä.. siis .. just tää.. et se tuli niinku koko asia siinä ajassa, tulihan siinä kaikki. En mä oikeastaan enempää olis voinnu odottaa. Ei mul mitään mielikuvaa mitä mä oisin vielä voinu lisää toivoo.”

”Se oli kyl ihan riittävä aika. Et kylhän mä oisin oisinhan mä varmaan ollu täs viel jos mä oisin halunnu kysyä, mutta ei ollut tarvetta.”

9.5.2 Tilanteen kiireettömyys

Ohjaustilanne koettiin rauhalliseksi ja kiireettömäksi. Potilaat kokivat, että fysioterapeutti oli läsnä tilanteessa eikä hänellä ollut kiirettä seuraavaan tehtävään. Potilaiden mielestä tilanteen kiireettömyys tuli esille myös niin, että fysioterapeutti kyseli usein onko kysyttävää tai, että onko potilas ymmärtänyt käsitellyt asiat.

”Ei siinä mitään kiireen tuntua tai mitään semmoista ei ollut.”

”No musta oli ihan, että ei siinä mitään kiirettä eikä semmoista tuntunut olevan, että jos olisi ollut jotain kysyttävää niin siinä hän olisi kyllä varmasti vastannut.”

9.6 Yhteenveto tuloksista

Yhteenvetona tutkimuksesta voidaan sanoa, että pääasiallisesti potilaiden kokemukset lonkan tekonivelleikkausta edeltävästä preoperatiivisesta fysioterapiasta olivat positiivisia ja hyviä. Kuviossa 10 on esitetty yhteenveto potilaiden käsityksistä lonkan tekonivelleikkaukseen liittyvästä preoperatiivisesta fysioterapiasta.

Potilaat kokivat ohjauksen merkityksen tärkeänä. Ohjauksen merkityksellä tarkoitetaan sitä, että potilaat kokivat preoperatiivisen fysioterapiaohjauksen tärkeänä osatekijänä leikkaukseen valmistautumisessa sekä leikkauksen jälkeisessä kuntoutuksessa. Potilaiden mielestä oli tärkeää saada ohjausta liikerajoitteiden noudattamisesta ja apuvälineiden käytöstä. Monella potilaista oli vääriä luuloja leikkauksen jälkeisestä kuntoutuksesta liittyen muun muassa leikattulla alaraajalla varaamiseen. Potilaat kokivat fysioterapeutin hyvän ohjauksen helpottavan omaa tilannettaan. Potilaiden mielestä fysioterapeutit antoivat ymmärrettäviä ohjeita, eivät kä puhuneet ammattisanastoa.

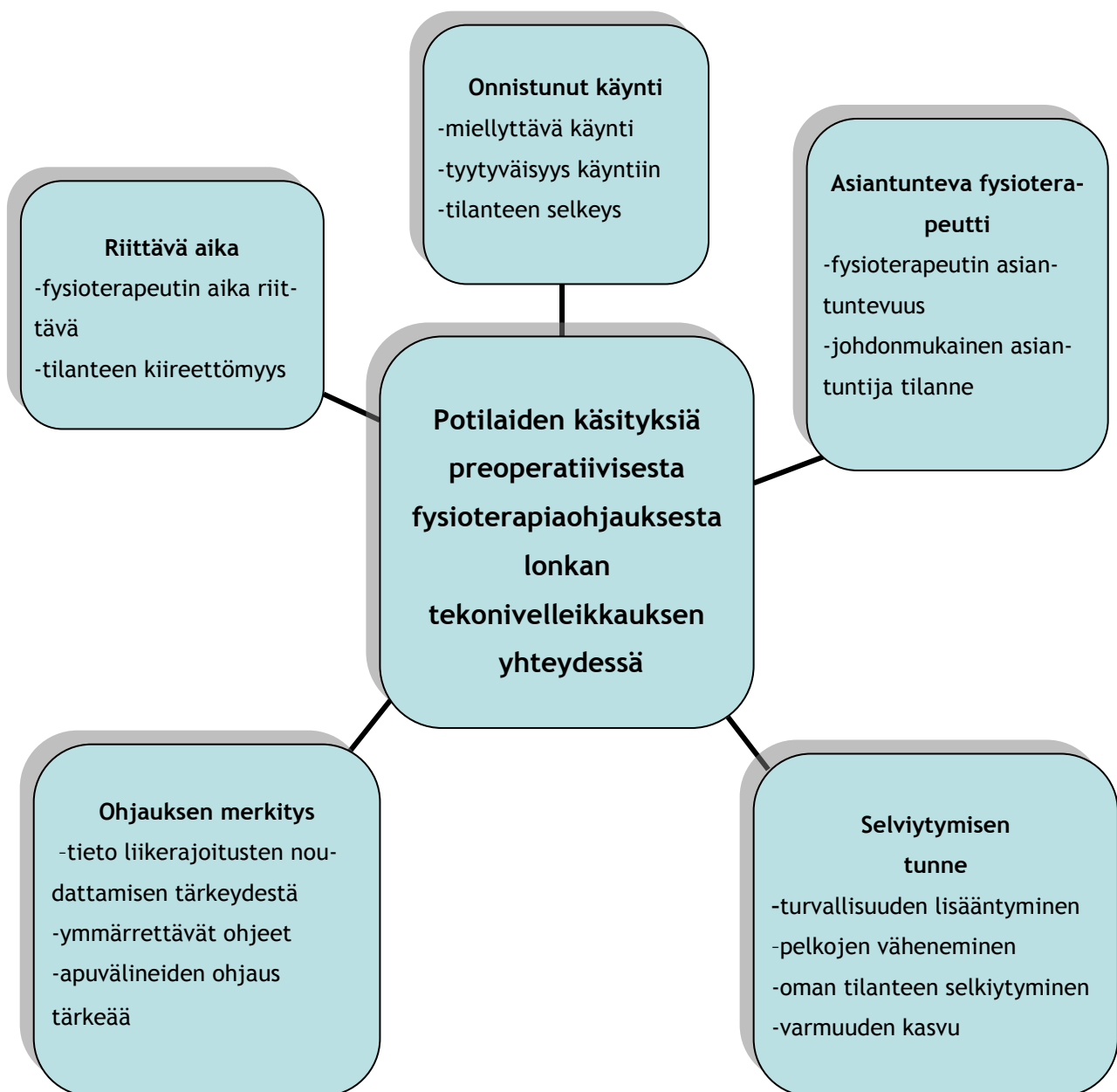
Potilaat pitivät myös apuvälineidenohjausta tärkeänä. Muutamalla potilaista ei ollut aikaisempaa kokemusta apuvälineiden kanssa toimimisesta, joten heidän mielestään oli tärkeätä, että fysioterapeutti näytti miten apuvälineitä käytetään oikein ja tarkoituksenmukaisesti. Potilaat kokivat myös tärkeäksi, kun he saivat preoperatiivisella käynnillä fysioterapeutilta mukaansa kirjalliset ohjeet. Heistä oli tärkeää saada tietoa ennen leikkausta hankittavista apuvälineistä sekä niiden käytöstä. Potilailla ei ollut tietoa mistä apuvälineet lainataan, joten he kokivat tämänkin ohjauksen tärkeänä.

Asiantuntevalla fysioterapeutilla potilaat tarkoittivat henkilöä, joka alansa ammattilaisena vei ohjaustilanteen johdonmukaisesti alusta loppuun. Fysioterapeutit osasivat kertoa kattavasti lonkan tekonivelleikkaukseen liittyvistä asioista. Potilaiden mielestä fysioterapeutit huomioivat potilaiden yksilöllisiä tarpeita sekä fysioterapeuttien vuorovaikutustaitoja pidettiin hyvinä. Ohjaustilanteessa käydyt asiat käytiin potilaiden mielestä läpi johdonmukaisessa järjestyksessä. Potilaat kokivat fysioterapiatilanteen toimivana kokonaisuutena.

Potilaat suhtautuivat preoperatiivisen ohjauksen jälkeen tulevaan leikkaukseen ja kuntoutumiseen positiivisemmalla mielellä. Potilaiden kertoman mukaan preoperatiivinen fysioterapia ohjauskäynti antoi heille toivoa ja lisäsi turvallisuuden tunnetta leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen liittyen. Monella potilaalla oli pelkona, että häviävätkö jo olemassa olevat kivut leikkauksen myötä sekä heitä pelottivat leikkauksen jälkeiset kivut. Potilaat kertoivat saaneensa fysioterapeutilta ja sairaanhoitajalta tietoa kivun hoidosta. Potilaat toivat ilmi mietti-neensä, onko leikkaus liian aikaista, koska kävely vielä onnistuu. Röntgenkuvan näkeminen, kipu sekä liike- ja toimintakyky rajoitteet selkeyttivät potilaille omaa tilannetta ja leikkauksen tärkeyttä.

Potilaiden mielestä preoperatiiviselle fysioterapiakäynnille oli varattu riittävästi aikaa ja ohjauskäyntiin varattu aika riitti käsiteltävien asioiden läpikäyntiin. Potilaat kertoivat ehtineensä kysyä kaikki mieltä askarruttavat asiat ja saivat niihin kattavat vastaukset. Jotkut potilais-ta olisivat toivoneet, että apuvälineohjaukseen olisi käytetty vielä enemmän aikaa. Potilaiden mielestä ohjaustilanne oli rauhallinen ja kiireetön. Potilaat kokivat, että fysioterapeutti oli läsnä tilanteessa eikä hänellä ollut kiirettä seuraavaan tehtävään.

Potilaat kokivat, että preoperatiivinen fysioterapiakäynti oli kokonaisuudessaan onnistunut. Potilailta kysyttäessä käynnistä ruusuja ja risuja, heillä ei ollut muuta kuin ruusuja annettava. Potilaille jäi tunne, että heistä ja heidän tilanteestaan välitetään. Tiedon lisääntymisen koettiin tarpeelliseksi. Potilaat kokivat fysioterapiaohjauksen selkeänä.



Kuvio 10: Yhteenveto potilaiden käsityksistä

10 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa preoperatiivisesta fysioterapiaohjauksesta lonkan tekonivelleikkauksen yhteydessä. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää lonkan tekonivelleikkaukseen tulevien potilaiden käsityksiä sairaalan preoperatiivisesta fysioterapiaohjauksesta. Mielestämme opinnäytetyömme vastaa tähän tavoitteeseen ja tarkoitukseen.

Tutkimuksessa oli mukana kymmenen potilasta, joilta saimme suhteellisen kattavasti tietoa siitä, millaista preoperatiivinen fysioterapia oli heidän käsityksiensä mukaan. Tutkimuksesta nousseet potilaiden käsitykset vastaavat jo vallitsevia fysioterapiakäytänteitä joten tutkimuksesta voidaan pitää käyttökelpoisena. Potilaiden mielestä preoperatiivinen fysioterapia ohjaus oli positiivinen kokemus eikä heidän puheestaan noussut kritiikkiä ohjausta tai vuorovaikutusta kohtaan. Fysioterapiaohjaus täytti kokonaisuudessaan potilaiden odotukset. Potilaiden käsitykset olivat pääasiallisesti myönteisiä, joten varsinaisia kehittämisehdotuksia tämän työn perusteella ei syntynyt. Työmme perusteella fysioterapeutit voivat kuitenkin paneutua vielä entistä enemmän niihin asioihin, joita potilaat pitävät ohjauksessa tärkeinä.

10.1 Tulosten tarkastelu

Jokainen potilas toi haastattelun aikana esille tyytyväisyytensä fysioterapia ohjaukseen. Muutama kertoi, että käyntikerta meni yli odotusten. Onnistunut ohjaustilanne on subjektiivinen käsite, mikä on sidoksissa henkilöön, aikaan ja paikkaan. Myös potilaiden asettamat odotukset ja tavoitteet sekä niiden toteutuminen vaikuttavat ohjauksikäynnin tyytyväisyyteen. (Talvitie ym. 2006, 58.) Positiivinen käsitys fysioterapia ohjauksesta ja tavoitteiden täyttyminen voi osittain johtua siitä, että suurimmalla osalla potilaista ei ollut odotuksia fysioterapia ohjaukseen liittyen.

Potilaiden mielestä ohjauksikäynti oli selkeä ja tietämys tulevasta lisääntyi ohjauksikäynnin aikana. Yleisesti voidaan sanoa, että potilaat ovat tyytyväisiä preoperatiiviseen ohjaukseen, jos he saavat riittävästi tietoa hoidostaan ja heitä ohjataan sekä opetetaan hoitoon liittyvissä asioissa. Huomioiduksi ja kuunnelluksi tuleminen sekä potilaan oikeuksien noudattaminen lisäävät myös tyytyväisyyttä. Potilaan kuunteleminen onkin yksi tärkeimmistä asioista ohjaus- ja neuvontatyössä. On myös tärkeää varmistaa, että ohjattava kokee tulevaisuuden kuunnelluksi. (Leino-Kilpi ym. 1993, 8; Onnismaa 2007, 26, 41; Talvitie ym. 2006, 58.)

Potilaiden mielestä fysioterapiakäynnin aikana käytiin kattavasti läpi leikkaukseen ja kuntoutumiseen liittyviä asioita. Potilaat eivät osanneet kaivata ohjaukseen mitään lisää. Potilaiden vähäiset aikaisemmat kokemukset fysioterapiasta voivat olla osa syynä siihen, että potilaat kokivat ohjauksen kattavana eivätkä osanneet kaivata ohjaukseen mitään lisää. Tästä voitaisiin päätellä, että potilaat olisivat ehkä olleet tyytyväisiä myös sisällöltään vähäisempäänkin

ohjaukseen. Tutkimustuloksia käsitellessä mieleen nousi kysymys, miksi potilaita ei ole ohjattu fysioterapeutin luokse jo aikaisemmin. Nivelrikon alkuvaiheessa potilaat olisivat myös hyötyneet fysioterapeutin ohjaamista liikeharjoitteista. Hyvän lihaskunnon merkitys on suuri leikkauksesta kuntoutumisessa.

Ohjaustilannetta pidettiin miellyttävänä, koska potilaat kokivat tullessa ohjaustilanteessa kuunnelluiksi. Heidä kuunneltiin ja heidän kysymyksiin vastattiin asianmukaisesti. Potilaat kuvasivat vuorovaikutussuhdetta onnistuneeksi, tasavertaiseksi ja luontevaksi. Monet potilaat korostivat myönteisesti fysioterapeutin tapaa kuunnella ja huomioida potilasta. Potilaiden kokemusta kuulluksi tulemisesta voidaan pitää luotettavana, koska voidaan olettaa, että jokainen ihminen tunnistaa onnistuneen vuorovaikutuksen. Ohjaajan ja ohjattavan välisellä vuorovaikutuksella on merkitystä ohjaustilanteen tyytyväisyyteen ja onnistumiseen. Onnistunut ja miellyttävä ohjaustilanne edellyttää tasavertaista vuorovaikutusta. Ohjaajan ja ohjattavan välillä tulee olla luottamusta, hyväksyntää ja kunnioitusta. Fysioterapeutti voi omalla sanallisella ja sanattomalla viestinnällä vaikuttaa vuorovaikutuksen ja ohjauskäynnin onnistumiseen. Ohjauskäynnin selkeys perustuu rauhalliseen ja johdonmukaiseen vuorovaikutukseen. Rauhallisella ympäristöllä voidaan myös lisätä ohjaustilanteen selkeyttä ja tyytyväisyyttä. (Talvitie ym. 2006, 51-52, 62-63; Torkkola ym. 2002, 30.)

Ammattitaitoinen fysioterapeutti on ohjausprosessin asiantuntija ja osaa tunnistaa millainen ohjaustapa palvelee parhaiten ohjattavan tarpeita erilaisissa tilanteissa. Asiantuntija osaa antaa oikeaa, tarkoituksenmukaista ja asiantuntevaa tietoa. Johdonmukaisuus ja ohjauksen selkeys ovat ammattitaitoisen ohjaajan piirteitä. Ohjaajalla tulisi olla riittävästi tietoa ohjattavasta aiheesta, jotta hän osaa vastata potilaan esittämiin kysymyksiin. Fysioterapia ohjauksessa on tärkeää varmistaa, että potilas ymmärtää ohjauksen tarkoituksen ja auttaa potilasta löytämään keinoja edesauttaa omaa tilannettaan. Ohjaustilanteen tarkoituksena on olla johdonmukainen ja ymmärrettävä kokonaisuus. (Korte ym. 2000, 15; Onnismaa 2007, 23, 26-27; Talvitie ym. 2006, 60, 63.)

Preoperatiivinen fysioterapia ohjaus koettiin johdonmukaisena ja asiantuntevana. Johdonmukaisuuteen ja asiantuntevuuteen vaikutti luultavasti käynnin selkeä runko ja fysioterapeutin tapa käsitellä ohjattavia aihealueita. Potilaiden mielestä oli tärkeää ja mielenkiintoista kuulla asiantuntijan lausunto. Fysioterapeutin tutkimuksessa osalle potilaista selvisi kuinka paljon heidän lonkkanivelen liikelaajuudet ovat nivelrikon vuoksi rajoittuneet. Jokainen tekonivelleikkaukseen tuleva potilas on varmasti huomannut lonkassa olevat liikerajoitteet, mutta liikerajoitteiden vertaaminen terveeseen lonkkaniveleen havainnollisesti tilannetta tarkemmin. Tästä tulee ajatus, että onko goniometrillä mitattuna saadut arvot sekä fysioterapeutin tekemät toimintakyky testit potilaille havainnollistavampia kuin oma koettu kipu ja liikerajoitteet. Tämä ajatus tuntuu kuitenkin oudolta, koska kyllähän koetun kivun ja toimintakyvyn rajoitteiden pitäisi olla merkittävimpiä havainnollistavia tekijöitä nivelrikon aiheuttamista

haitoista. Ehkä tämä johtuu siitä, että potilaat ovat jo pidemmän aikaa välttäneet kipua tuottavia liikkeitä ja sitä kautta ehkä jopa unohtaneet kuinka paljon lonkan nivelrikko on rajoittanut toimintakykyä.

Potilaat toivat haastatteluissa esille, että fysioterapeuteilla oli ohjaukseen tarvittavaa ammattitaitoa. Potilaat kokivat, että fysioterapeutit osasivat kertoa tekonivelleikkaus prosessista kattavasti. Onkin tärkeää, että fysioterapeuteilla on selkeä kokonaiskuva prosessista, jotta he voivat antaa potilaille kattavat vastaukset heidän kysymyksiinsä. Fysioterapeutilla tulee olla riittävästi ammattitaitoa suorittaa leikkausta varten vaadittavat mittaukset oikein ja luotettavasti. Tulosten perusteella voidaan todeta, että potilaat kokevat tärkeäksi asiantuntevan ja tiedollisesti kattavan ohjauksen. Asiantuntevan henkilön kommentit varmasti tukevat potilaiden omia ajatuksia ja näin ollen potilaat saavat niin sanotusti vahvistuksen omille käsityksilleen.

Fysioterapeutti on ohjaustilanteen asiantuntija, mutta ohjaustilanteessa potilaalla on myös tärkeä rooli. Ohjauksessa tulee huomioida, että potilas on oman elämänsä ja tilanteensa asiantuntija, minkä vuoksi ohjaajan on tärkeää keskittyä kuuntelemaan potilasta. (Onnismaa 2007, 27.) Ammattitaitoinen fysioterapeutti pystyy ymmärtämään potilaan toimintakyvyn hänen omassa ympäristössään ja muokkaamaan joustavasti ohjaustilanteen potilaan tarpeita vastaavaksi. Ohjauksen ymmärrettävyyttä ja luotettavuutta voidaan lisätä, kun ohjattavalle kerrotaan mitä tehdään ja miksi. (Talvitie ym. 2006, 52.)

Potilaiden saamat ohjeet esimerkiksi liikkumisen ja liikerajoitteiden osalta olivat potilaiden mielestä tarkoituksenmukaisia ja toimintakyvyn kannalta merkittäviä. Potilaat toivat kuitenkin esille, että ohjeiden noudattaminen saattaa olla vaikeaa. Ohjeiden noudattamisen vaikeus voi johtua siitä, että ihmisten on yleensä vaikea toimia normaalista poikkeavalla tavalla. Omista rutiineista poikkeaminen on varmasti monelle haastavaa varsinkin, kun leikkauksen jälkeiset kivut katoavat eivätkä ne ole enää muistuttamassa rajoituksista.

Selviytymisen tunteen lisääntymiseen kuuluu monia osatekijöitä. Työssämme näiksi tekijöiksi nousi turvallisuuden tunteen lisääntyminen, pelkojen väheneminen ja oman tilanteen selkiytyminen. Monet potilaista kokevat leikkauksen jo pelkästään ajatuksena ahdistavana ja pelottavana. Potilaalla voi olla pelkoja esimerkiksi kipuun liittyen, pelko kehonkuvan muuttumisesta, pelko joutumisesta erilleen tavallisesta ympäristöstä, kuoleman pelko, pelko itsehallinnan menetyksestä ja pelko taloudellisista vaikeuksista. Preoperatiivisella käynnillä potilaat odottavat fysioterapeutilta potilaskeskeistä ja inhimillistä toimintaa. Fysioterapeutin ammattitaitoon tulee kuulua potilaan rohkaisu, kuunteleminen, kannustaminen ja tukeminen. Fysioterapeutin läsnäolo ja ystävällinen käyttäytyminen koetaan tärkeänä turvallisuutta lisäävänä tekijänä. (Korte ym. 2000, 59. 343-344.)

Potilaat kokivat omien pelkojensa vähentyneen fysioterapia käynnin jälkeen. Pelot vaikuttivat meihin kaikkiin kokonaisvaltaisesti, joten se, että fysioterapeutit voivat lievittää potilaiden pelkoja tulevaa leikkausta ja kuntoutumista kohtaan voi olla merkittävä tekijä lopputuloksen kannalta. Potilaiden kokemusten perusteella voidaan sanoa, että ammattihenkilön kanssa peloista puhuminen voi helpottaa potilaiden oloa ja leikkaukseen valmistautumista. Fysioterapeuttien on myös hyvä tiedostaa potilaan pelot, jotta leikkauksen jälkeinen kuntoutuminen palvelee potilaan tarpeita parhaalla mahdollisella tavalla. Potilaat kokivat, että mitä enemmän tietoa he saavat leikkauksesta ja sen jälkeisestä kuntoutuksesta sitä vähemmän heillä on pelkoja leikkausta ja toipumista kohtaan. Monet potilaista kokivat tutkimukseen osallistumisen tuovan turvallisuuden tunnetta, koska heidän kotonaan tullaan käymään vielä leikkauksen jälkeen. Potilaat kokivat myös saavansa parempaa hoitoa tutkimukseen osallistumisen kautta. Olisikin mielenkiintoista tutkia onko ohjauksen taso/laatu erilainen ilman tutkimusta. Fysioterapeuttien työn laatu ei saisi olla riippuvainen erilaisista tilanteista, vaikka inhimillistä on, että aina ei voi olla parhaimmillaan.

Potilaat kokivat tilanteensa helpommaksi, kun he saivat riittävästi tietoa siitä mitä tapahtuu ennen leikkausta, leikkauksessa ja leikkauksen jälkeen. Riittävä tiedonsaanti poistaa leikkaukseen ja sen jälkeiseen kuntoutukseen liittyviä pelkoja. Viimeaikoina on tehty joitain tutkimuksia, joissa on todettu, että potilaat odottavat hoitohenkilökunnalta informatiivista sekä potilaan kokemuksia arvostavaa ja ymmärtävää vuorovaikutusta. Potilaat kokevat tärkeänä, että preoperatiivisen ohjauksen suorittaa sama fysioterapeutti, joka häntä myös kuntouttaa leikkauksen jälkeen. Yleisenä ajatuksena on, että preoperatiivinen tapaaminen on välttämätöntä kokonaisvaltaisen ja ymmärtävän hoidon toteutumiselle. (Korte ym. 2000, 343-344.)

Potilaat kokivat preoperatiivisella fysioterapeutin ohjauksen käynnillä saadun tiedon hyväksi ja tarpeelliseksi. Tietojen tarpeellisuus tuli esille muun muassa siinä, että potilailla oli väärää tietoa koko lonkan tekonivelleikkaus prosessista. Tämän vuoksi preoperatiivista fysioterapiaohjausta tulisi jatkaa myös tulevaisuudessa, jotta potilaat saavat oikeaa ja ajan tasalla olevaa tietoa.

Preoperatiivisen ohjauksen jälkeen potilaat suhtautuivat leikkaukseen ja kuntoutumiseen positiivisemmalla mielellä. Monella potilaalla oli pelkona, että häviävätkö jo olemassa olevat kivut leikkauksen myötä sekä heitä pelottivat leikkauksen jälkeiset kivut. Kipu vaikuttaa kokonaisvaltaisesti ihmisten elämään, minkä vuoksi on tärkeää, että potilaat saavat tietoa kivunhoidosta. Potilaat toivat ilmi miettineensä, onko leikkaus liian aikaista, koska kävely vielä onnistuu. Onkin mielenkiintoista huomata, että tänä päivänä ihmiset viivyttelevät hoitoon haikautumista, vaikka useimmiten hoidon tarvetta olisi jo aikaisemmin.

Tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat preoperatiivisen ohjauksen tärkeänä. Tutkimustulosten mukaan noin 70 % potilaista hyötyy preoperatiivisesta ohjauksesta. Kirurgiselle potilaalle annetun ohjeistuksen tulee olla yksilöllistä ja selkeää. Muun muassa ammattisanaston käyttöä vähentämällä lisätään ohjeiden ymmärrettävyyttä. Preoperatiivisen ohjauksen tavoitteena on antaa potilaalle tietoa ja psykososiaalista tukea ja ohjata potilaalle leikkauksen jälkeen tarvittavia taitoja kuten kyynärsauvoilla kävelyä sekä vuoteeseen menoa ja sieltä nousemista. Tärkeää on myös antaa ohjausta liikkumisen rajoituksista ja riskitekijöistä. Ohjauksella pyritään pienentämään leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita ja edistämään leikkauksen jälkeistä toipumista. Potilaille on tärkeää, että he saavat tietoa siitä, miten tuleva leikkaus vaikuttaa heidän normaaliin elämäänsä. (Korte ym. 2000, 343; Leino-Kilpi, Iire, Suominen, Vuorenheimo & Välimäki 1993, 19-20, 22, 26; Talvitie ym. 2006, 339, 345.)

Aineistosta käy ilmi, että potilaat ovat tyytyväisiä, kun ennen leikkausta annetaan ohjausta tulevasta leikkauksesta ja liikkumisen rajoituksista. Kaikki potilaat toivat haastattelun aikana esille, että heidän mielestään ohjauksessa oli tärkeää, että he saivat tietää, minkälainen liikkuminen on sallittua lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Moni potilas oli positiivisesti yllätynyt, että leikkauksen jälkeen pääsee taas nopeasti liikkumaan ja rajoitukset olivat odotettua vähäisemmät. Tärkeäksi kuitenkin koettiin liikerajoitteiden kertaaminen vielä fysioterapeutin kanssa leikkauksen jälkeen. Fysioterapeuttien on aina muistettava, että rajoitukset sekä muut leikkaukseen liittyvät asiat ovat potilaille uusia. Fysioterapeuteista saattaa tuntua, että asioita kerrataan kerta toisensa jälkeen, mutta kuten aineistosta käy ilmi potilaat tarvitsevat tietoihinsa varmistusta ja asioiden kertausta. On huomioitava, että potilaat saattavat ymmärtää rajoitukset vasta käytännössä leikkauksen jälkeen. Onkin siis hyvä ohjata potilaita ennen ja jälkeen leikkauksen.

Mielipiteet apuvälineiden käytön ohjauksen tärkeydestä vaihtelivat. Suurin osa oli sitä mieltä, että apuvälineohjaus oli tärkeää. Muutama oli kuitenkin sitä mieltä, että apuvälineidenohjaus preoperatiivisella fysioterapialla käynnillä ei ole välttämätöntä. Mielipide-erot saattavat johtua siitä, että kaikille potilaille ei ohjattu preoperatiivisen fysioterapiakäynnin aikana apuvälineiden käyttöä ja osalla potilaista oli kokemusta kyynärsauvojen käytöstä. Kukaan ei kuitenkaan ollut sitä mieltä, että apuvälineidenohjaus olisi turhaa. Apuvälineidenohjaus on pitkälti siirretty apuvälineyksiköihin, mutta kyynärsauvoilla kävelyn ohjaus olisi varmasti hyödyllistä myös preoperatiivisella käynnillä. Kyynärsauvojen käytön opetteleminen nimittäin mietitytti osaa potilaista. Fysioterapeutin on tärkeää tarjota potilaalle mahdollisuus harjoitella apuvälineiden käyttöä jo ennen leikkausta. Ennen leikkausta tapahtuva apuvälineiden kokeilu voi helpottaa potilaiden kuntoutumista. Joillakin potilailla saattaa olla kielteisiä ajatuksia apuvälineitä kohtaan. Apuvälineet voivat kuvastaa jopa heikkoutta.

Fysioterapiaohjausta pidettiin potilaiden mielestä ymmärrettävänä. Nykyään terveydenhuollossa mietitään entistä enemmän, miten ohjaus tulisi suorittaa, jotta potilaat ymmärtäisivät mahdollisimman hyvin ohjauksen tarkoituksen ja sisällön. Suullisen ohjauksen lisäksi kirjalliset ohjeet ovat nousseet tärkeään asemaan ohjauksen tukena tukemaan ohjausta. Potilaat joutuivat hoitoaikojen lyhentymisen vuoksi ottamaan enemmän vastuuta omasta hoidosta ja toipumisestaan jo toimenpidepäivänä. Potilaiden hyvä ohjaus sekä ymmärrettävät ja täsmälliset ohjeet ovat tämän vuoksi tärkeitä. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7-8, 24.)

Aineistosta nousee esille, että kirjallisten ohjeiden antaminen koettiin hyväksi. Ohjaustilanteen aikana potilaat saivat paljon leikkaukseen liittyvää ohjeistusta. Suuren tietomäärän vuoksi potilaat eivät pystyneet sisäistämään kaikkea tietoa yhdellä kerralla. Sisällöllisesti kirjalliset ohjeet koettiin selkeiksi. Kirjallisten ohjeiden ja suullisen ohjauksen tulee tukea toisiaan. Olisi kuitenkin huomioitavaa, että kirjalliset ohjeet eivät aina ole yksilöllisiä. Esimerkiksi pituudeltaan lyhyemmälle potilaalle ohjataan suullisesti, että hän saa istua normaalilla tuolilla ilman istuinkoroketta, koska lonkan nivelkulmat jäävät alle 90 asteen. Kirjallisissa ohjeissa kuitenkin neuvotaan käyttämään istuinkoroketta istuessa, joten fysioterapeuttien tulisi tarvittaessa muokata kirjalliset ohjeet yksilöllisiksi. Suurin osa lonkan tekonivelleikkaukseen menevistä potilaista on jo iäkkäämpiä, joten ohjeiden selkeyteen tulisi kiinnittää erityistä huomiota.

Potilaat kokivat preoperatiiviselle fysioterapeutin ohjauskäynnille varatun ajan riittäväksi. Aika koetaan ohjattavan ja ohjaajan välineeksi ja resurssiksi. Ohjauksessa tulisi olla riittävästi tilaa ja aikaa kuunnella potilasta. Tilanteen kiireen näyttäminen viestii potilaalle siitä, että hänen asiansa ei ole ohjaajalle tärkeä. Ohjaukseen käytettyä aikaa olennaisempaa on se miten aika käytetään. Kiireen tunne vie ohjaustilanteelta uskottavuutta. Ajanpuutetta pidetään usein pahimpana puutteena. On huomioitava, että myös itse ohjattava voi hätiköidä. Potilaalle tulee jäädä olo, että häntä on kuunneltu, fysioterapeutti on läsnä eikä hätäile. (Onnismaa 2007, 39-40.)

Potilaat kokivat, että ohjauskäyntiin varattu aika riitti käsiteltävien asioiden läpikäyntiin. Yhden potilaan mielestä aika oli kyllä riittävä, mutta aikaa ei ollut missään nimessä liikaa. Potilaat kokivat ehtineensä kysyä kaikki asiat mitä halusivat ja saivat kysymyksiinsä kattavat vastaukset. Jotkut potilaista toivoivat, että apuvälineohjaukseen olisi käytetty enemmän aikaa. Jokaiselle meistä on tärkeätä tulla kuulluksi, joten ohjauksessa tulisi huomioida, että jokaiselle potilaalle annetaan tarpeeksi aikaa. Aikataulun ei pitäisi olla liian tiukka, jotta myös keskustelulle jää aikaa. On ollut suunnitteilla, että siirryttäisiin ryhmämuotoiseen preoperatiiviseen fysioterapiaohjaukseen. Ryhmämuotoinen ohjaus vähentää yksilöllisyyttä ja potilaiden on ehkä vaikeampi puhua omista asioistaan ryhmässä. Jokaiselle potilaalle varattu henkilökohtainen aika myös lyhenisi huomattavasti ryhmämuotoisessa ohjauksessa. Ryhmämuotoinen preoperatiivinen ohjaus tarjoaa vertaistukea, mutta mielestämme tärkeämmäksi

asiaksi nousee yksilöllisyys. Vertaistuen tarve on todennäköisesti merkittävämpi jatkokuntoutuksessa.

10.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusaihetta valitessa on tutkijan etukäteen harkittava kenen ehdoilla aihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään sekä onko tutkimus eettisesti kestävä. Jokaisella tieteenalalla on niille tyypilliset arvolähtökohtansa, ihmiskäsityksensä ja toiminnan tavoitteensa ja nämä arvot ja käsitykset ohjaavat tutkimuskohteen määräytymistä. (Tuomi 2003, 126; Hirsjärvi 2008, 26.) Opinnäytetyön eettisyyttä tukee se, että opinnäytetyö on osa suurempaa tutkimushanketta, johon anottiin lupa Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin operatiivisen yksikön eettiseltä lautakunnalta.

Keskeiset periaatteet tutkimustyön kaikissa vaiheissa kieltävät toisten tekstien luvattoman lainaamisen sekä niiden esittämisen omanaan. Tutkija ei saa myöskään plagioida itseään esittämällä näennäisesti uutta tutkimusta muuttamalla vain pieniä osia tutkimuksestaan. Tuloksia ei voi yleistää perusteettomasti eikä niitä voi seipitellä tai kaunistella. Raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista ja käytetyt menetelmät on selostettava huolellisesti. Puutteetkin on tuotava julki. Näihin eettisiin kysymyksiin liittyvät myös monet aineistohankinnan juridiikkaa, anonymisointia ja arkistointia koskevat asiat. Myös internetin käyttö asettaa uusia eettisiä vaatimuksia. (Tuomi 2003, 126; Hirsjärvi 2008, 26.)

Opinnäytetyön aineisto on kerätty haastattelemalla. Haastattelut järjestettiin erillisessä huoneessa, jossa oli läsnä vain haastateltava potilas ja haastattelija. Haastattelussa eettiset ongelmat ovat monitahoisia, sillä silloin ollaan suorassa kontaktissa tutkittavien kanssa. Haastattelussa tulee ottaa huomioon, mitä itse haastattelutilanne voi aiheuttaa haastateltaville, esimerkiksi stressiä haastattelun aikana ja muutoksia minäkuvassa. Tutkijan tulisi myös ottaa huomioon, miten lähellä tutkimushaastattelu on terapeutista haastattelua. Haastattelun purkamisvaiheessa on tärkeää luottamuksellisuus ja kysymys siitä, kuinka tarkasti kirjallinen litterointi noudattaa haastateltavien suullisia lausumia. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 19-20.)

Opinnäytetyön aineisto on litteroitu sana sanalta. Aineistoja litteroidessa aineistot kuunneltiin useaan otteeseen virheellisten tulkintojen välttämiseksi. Osa aineistosta oli epäselvää, joten litteroidessa nämä epäselvät kohdat jätettiin avoimiksi. Aineiston paikoittaiset epäselvyydet johtuivat haastateltavan ja haastattelijan puheen päällekkäisyydestä tai puheen epäselvyydestä. Jossain tapauksissa puheen aihe karkaili niin paljon, että asian tarkoitus jäi käsittelemättä. Aineiston analyysissä käytetyt menetelmät on avattu opinnäytetyön sisällössä mahdollisimman tarkasti.

Edellytyksenä tieteellisen tutkimuksen eettiselle hyväksyttävyydelle, luotettavuudelle ja tulosten uskottavuudelle on, että tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön (good scientific practice) edellyttämällä tavalla. Hyvän tieteellisen käytännön mukaista on että, tutkijat ja asiantuntijat noudattavat rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa sekä noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.) Opinnäytetyön aineisto on tallennettu moneen eri paikkaan, jolla suljetaan pois mahdollisuus aineiston häviämislle. Opinnäytetyössä olemme noudattaneet rehellisyyttä ja kertoneet potilaille avoimesti tutkimuksen tarkoituksesta ja aineiston käsittelystä. Potilaille on kerrottu, että heitä ei voi tunnistaa opinnäytetyöstä sekä, että aineisto tulee olemaan vain tutkimusta tekevien hallussa eikä sairaalan henkilökunnalla ole mahdollisuutta saada aineistoa käsiinsä. Aineistoa kuunnellessa tai opinnäytetyötä lukiessa ei tule ilmi tutkimuksessa mukana olleiden potilaiden henkilöllisyystietoja, joten tutkittavien anonymiteetti on säilynyt.

Potilaiden yksityisyys on huomioitu aineiston säilyttämisessä. Aineistot on poistettu omista tiedostoista sitä mukaan, kun aineistot oli käsitelty. Tutkimusprojektin vetäjälle on toimitettu kaikki materiaalit kerätyistä aineistoista myöhempää käyttötarkoitusta varten. Opinnäytetyöhön osallistuneet potilaat rekrytoitiin työelämän yhteistyökumppanin taholta. Potilaat allekirjoittivat suostumuslomakkeen. Suostumuksesta ilmeni, että osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistumisen voi keskeyttää koska tahansa.

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään välttämään virhetulkintoja ja arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Laadullisen tutkimuksen pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. Laadullisen tutkimuksen tulkinta on aina tutkijan oma näkemys, jossa ovat mukana tutkijan omat tunteet. Laadullisen tutkimuksen arviointi kohdistuu tutkimusmateriaalin keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. Reliabiliteetti on yksi luotettavuuden mittari, jolla tarkoitetaan tutkimuksen mittautulosten toistettavuutta. Jos kaksi eri tutkijaa päätyy samaan lopputulokseen tai jos samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja tullaan samaan tulokseen, voidaan tutkimus todeta reliabiliksi. Reliabilinen tutkimus ei myöskään sisällä ristiriitaisuuksia. (Eskola & Suoranta 1998, 211-215; Hirsjärvi, Remes & Saja-vaara 1997, 217; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 215- 217.)

Aineistoa kerätessä ja analysoitaessa pyrittiin huomioimaan luotettavuuden näkökulma. Haastatteluissa kaikilta kymmeneltä potilailta kysyttiin samat kysymykset ja haastattelut nauhoitettiin ääninauhalle. Haastatteluteemoja mietittiin yhdessä projektiin osallistuvien kanssa. Luotettavuuden huomiointi painottuu opinnäytetyössä aineiston hankintaan, haastattelujen litterointiin ja aineiston analyysiin. Analyysivaiheessa omat näkökannat/mielipiteet suljettiin ulkopuolelle aineistoa käsiteltäessä ja aineistoon pyrittiin keskittymään objektiivisesti. Sisäl-

lönanalyysi vaiheessa ei yritetty hakea tiettyjä tuloksia vaan tutkimuksen tulokset nousivat esille litteroinnista ja materiaalin analyysistä.

Tutkimustuloksia voidaan pitää reliabileinä, koska tutkijoita on ollut koko prosessin aikana kaksi ja he ovat päätyneet samoihin lopputuloksiin tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Tutkimuksessa käytettävät menetelmät ovat toistettavia sekä tutkijoista riippumattomia. Tutkimustulosten luotettavuutta lisää myös se, että analyysivaiheessa on saatu ohjausta useammalta ohjaajalta ja projektissa on mukana useita tutkijoita (Jyväskylän yliopisto, HUS, Laurea), jotka seuraavat tutkimuksen kulkua ja toteutusta.

Validiteetti (sisäinen ja ulkoinen) on toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite. Sillä tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan, että tutkimuksen teoreettisten käsitteiden ja johtopäätösten tulee olla johdonmukaisia. Tutkimustulosten oikeellisuutta voidaan arvioida ainoastaan tutkimuksen johdonmukaisuuden perusteella. Sisäinen validiteetti kuvaa tutkijan tieteellistä otetta ja tieteenalan hallintaa. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa tehtyjen johtopäätösten ja tulkintojen sekä aineiston välisen suhteen pätevyyttä. Tutkimus on validi, jos se vastaa tutkimukselle asetettuja päämääriä ja tutkimuskohdetta. (Eskola & Suoranta 1998, 211-215; Hirsjärvi ym. 1997, 216; Varto 1992, 103.)

Sisäiseen validiteettiin on pyritty käyttämällä johdonmukaisia käsitteitä teoriassa. Validiteettia lisää, että opinnäytetyö noudattelee laadullisen tutkimuksen asettamia ohjeistuksia aineiston hankinnassa ja analyysissä. Tutkimusaineisto on kerätty teemahaastatteluilla ja analysoitu sisällönanalyysiä apuna käyttäen. Ennen tutkimuksen aloittamista aineiston keräystapaan ja analysointiin perehdyttiin tarkasti. Ulkoinen validiteetti täyttyy, koska tutkimusaineisto ja tutkimustulokset täydentävät toisiaan. Ulkoinen validiteetti on otettu huomioon, kun tulosten tarkastelu vaiheessa on esitetty aineistosta nousseita suoria lainauksia. Opinnäytetyön tekee validiksi myös se, että tutkimustehtävään on pystytty vastaamaan. Opinnäytetyössä on pystytty selvittämään potilaiden käsityksiä preoperatiivisesta fysioterapia ohjauksesta. Tutkimustehtävä on ohjannut aineiston analyysiä koko opinnäytetyön ajan. Opinnäytetyössä on kuvattu tarkasti aineiston hankintaa sekä analyysin eri vaiheita.

Haastatteluaineistoon liittyy kuitenkin myös kritiikkiä. Osa potilaista koki itsensä haastattelutilanteessa väsyneeksi, koska preoperatiivinen sairaalakäynti on kokonaisuudessaan pitkä ja fysioterapeutilla käynti ajoittui usein viimeisten joukkoon. Potilaiden haastattelu oli ajoittain haastavaa ja vastaukset jäivät joidenkin potilaiden osalta myös puutteellisiksi. Potilailta oli esimerkiksi vaikea saada palautetta fysioterapia ohjauksesta, koska suurimmalla osalla ei ollut odotuksia fysioterapiakäynnille. Moni potilas tapasi ensimmäistä kertaa elämässään fysioterapeutin, joten he eivät tienneet mitä fysioterapia käynnin tulisi sisältää. Potilaat olivat usein iloisesti yllättyneitä fysioterapia ohjauksesta.

Näin jälkeenpäin ajatellen haastattelut olisi ollut hyvä järjestää muutama päivä fysioterapia käynnin jälkeen eikä heti ohjaustilanteen päätyttyä. Potilailla ei ollut aikaa miettiä ja sisäistää ohjauksen sisältöä. Voi olla, että muutaman päivän päästä potilaiden mieleen olisi nousut erilaisia ajatuksia ja käsityksiä fysioterapia ohjauksesta. Potilailta olisi voitu saada esimerkiksi joitakin kehittämisideoita tai konkreettisempaa palautetta. Olisi ollut myös mielenkiintoista kuulla mitä potilaat todella muistavat preoperatiivisesta fysioterapia käynnistä muutaman päivän jälkeen. Potilaat toivat myös itse haastatteluaineistossa esille, että jälkeenpäin tulee varmaankin kysymyksiä mieleen joita olisi ollut tärkeää kysyä fysioterapeutilta. Potilaat saivat kuitenkin fysioterapeutin puhelinnumeron ja heille kerrottiin, että he voivat jälkikäteen soittaa, jos jokin asia jäi mietityttämään.

10.3 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön aikana kerättiin videomateriaalia preoperatiivisesta fysioterapiakäynnistä. Videonauhoista saatu materiaali päätettiin kuitenkin jättää pois työstämme. Jatkotutkimusaiheena voisi tutkia videonauhoista saatua materiaalia ja peilata niitä teoriaan sekä tutkia kohtaavatko nämä.

Videoista voisi myös tutkia millaista fysioterapeutin ja potilaan välinen vuorovaikutus oli, miten sanallinen ja sanaton viestintä toteutui sekä miten potilaan aktiivinen osallistuminen näkyi tilanteessa.

Voisi myös tutkia, kuinka paljon fysioterapeuttien ohjaukseen vaikutti tieto tutkimuksesta, onko ohjauksen rakenne/laatu samanlainen myös ilman tutkimusta. Otettaisiin esimerkiksi verrokkiryhmä haastateltavaksi, jotka eivät ole olleet mukana tutkimuksessa ja tutkittaisiin heidän käsityksiä preoperatiivisesta fysioterapiaohjauksesta.

Lähteet

- Ahonen, J. Lahtinen, T. Sandström, M. Pogliani, G. & Wirhed, R. 1993. Kehon rakenne, toiminta ja lihashuolto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Anttila, K. Hirvelä, M. Jaatinen, T. Polviander, M & Puska, E-L. 2006. Sairaanhoito ja huolenpito. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Anttila, K. Kaila-Mattila, T. Kan, S. Puska, E-L & Vihunen, R. 2004. Hoitamalla hyvää oloa. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Barron C., Moffet J. & Potter M. 2007. Patient expectations of physiotherapy: definitions, concepts and theories. *Physiotherapy Theory and Practice*. 23 (1), 37-46.
- Bjong, J., Liikanen, A & Tikkanen, P. Preoperatiivisella ohjauksella tehoa lonkan tekonivelleikkattujen kuntoutumiseen. *Fysioterapia* 52 (2005):4, 36-37.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Jyväskylä: Vastapaino.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Jyväskylä: Vastapaino.
- Franssila P. & Wallin M. 2009. Yksilö kuntoutuksen lähtökohtana. *Fysioterapia* 56 (2009):1, 31-32.
- Heliövaara, M., Slätis, P. & Paavolainen, P. 2008. Nivelrikon esiintyvyys ja kustannukset. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97449> Luettu 27.9.2010.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2008. Olette tulossa lonkan tekonivelleikkaukseen. Peijaksen sairaala: Fysioterapia.
- Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6290-4.pdf> Luettu 5.11.2010.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kokkola, A., Kiikkala, I., Immonen, T. & Sorsa, M. 2005. Mitä sinä elämältäsi haluat? Helsinki: Stakes
- Korte, R., Rajamäki, A. & Lukkari, L. 1997. Perioperatiiviset hoito selosteet. Porvoo: WSOY.
- Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 2000. Perioperatiivinen hoito. Porvoo: WSOY.
- Kukkohovi, K-M. 2005. Vuorovaikutuksen kohdentaminen tehostaa fysioterapian ohjaustilannetta. *Fysioterapia*: 52 (2005):1, 13-15.

- Kukkohovi, K. 2004. Fysioterapia ohjaustilanteen vuorovaikutus. Fysioterapeuttien ja asiakkaiden käsityksiä vuorovaikutuksesta sekä sen kohdentamisesta ja mukauttamisesta ohjaustilanteessa. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11217/URN_NBN_fi_jyu-200536.pdf?sequence=1 Luettu 8.10.2010.
- Kuusniemi, K., Haapoja, E., Pihlajamäki, K. & Virolainen, P. 2009. Nivelproteesileikkaukseen preoperatiivisen käynnin kautta. TYKS kirurginen sairaala.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja Nro. 10, 6-9.
- Leino-Kilpi, H., Iire, L., Suominen, T., Vuorenheimo, J. & Välimäki, M. 1993. Tietääkö vai eikö tiedä? Katsaus potilasta ja tietoa koskevaan tutkimukseen. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 45.
- Liimatainen, L., Hautala, P. & Perko, U. 2005. Potilasohjausta kehittämässä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Montin, L. 2008. Lonkan tekonivelleikkaus parantaa tutkitusti elämänlaatua. Nivel tieto 1/2008, 18-19.
- Mustola, A & Parkkulainen, A. 2008. Lonkka- ja polvitekonivelpotilaiden preoperatiivisen ohjauksen toteutuminen kirurgian poliklinikalla potilaan näkökulmasta. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.
- Nivelrikko 2010. a) Suomen Nivelyhdistys ry. <http://www.niveltieto.net/nivelrik.htm> Luettu 28.9.2010.
- Nivelrikko 2010. b) Mikä on lonkkanivelrikko. Suomen Nivelyhdistys ry. <http://www.niveltieto.net/lonkka.htm> Luettu 28.9.2010.
- Nouko-Juvonen, S. Ruotsalainen, P & Kiikkala, I. 2000. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Onnismäa, J. 2007. Ohjaus ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Helsinki: Gaudemus.
- Outinen, M. 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Patteri, K. 2005. Tekonivelpotilaan fysioterapian tavoitteet ja sisältö - Coxan malli. Teoksessa: Lehto, M & Teraranta, S. (toim.) Tekonivelpotilaan hoito uudistuu osa 3, Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro. Tampere
- Patteri, K. 2005. Tekonivelpotilaiden fysioterapia Pirkanmaalla. Leikkaukseen valmentaudutaan aktiivisesti. Fysioterapia 52 (2005):4, 17-19.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Poskiparta, M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveystietäytymisen muutosta. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Kivilaakso, E. 2004. Kirurgia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Rokkanen, P., Avikainen, V., Tervo, T., Hirvensalo, E., Kallio, P., Kankare, J., Kiviranta, I. & Päätiälä, H. 2003. Ortopedia. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L.(Toim.). 2005. Haastattelu - tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

Saresvaara, M. & Ojala, B. 2000. Nivelten ja lihasten fysioterapia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Stakes. 2000. Terveysteen vaikuttavista sosiaalisista taustatekijöistä täyttä asiaa. <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/2713658E-1E8E-4E6D-9D54-9F4E22C7E4C0/0/solidfafi.pdf> Luettu. 5.11.2010.

Suomen nivelyhdistys ry. <http://www.tekonivel.net/lonkka.htm> Luettu 24.7.2009.

Talvitie, U., Karppi S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tidswell, M. 1998. Orthopaedic physiotherapy. London: Mosby cop.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.

Torkkola, S. Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen Neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Töttö, P. 2004. Syvällistä ja pinnallista. Teoria, empiria ja kausaalisuus sosiaalitutkimuksessa. Tampere: Vastapaino.

Valvira. 2010. Potilaan keskeisimmät oikeudet. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet Luettu 11.10.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampere: Kirjayhtymä Oy.

Veijola, A. & Larivaara, P. 2001. Asiakslähtöiseen fysioterapiaan lisää panostusta. Fysioterapia 48 (2001):3, 14-16.

Vukomanovic, A., Popovic, Z., Durovic, A. & Krstic, L. 2008. The effects of short-term preoperative physical therapy and education on early functional recovery of patients younger than 70 undergoing total hip arthroplasty. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=Search&Term=%22Vukomanovic%22%20A%22%5BAuthor%5D&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_RVAbstractPlus Luettu 25.9.2009.

Väisänen, P. 2003. Opetusharjoittelun ohjauksen retoriikka ja todellisuus. <http://sokl.joensuu.fi/juhlakirja/PDFt/17Pertti.pdf> Luettu 5.11.2010.

Liitteet

Liite 1: Tiedote

20.11.2009

TIEDOTE:

Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseen, joka käsittelee fysioterapiaohjausta lonkan tekonivelleikkauksessa.

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää ja kehittää potilasohjauskäytänteitä [REDACTED] fysioterapiassa.

Tutkimuksessa tietoa kerätään videoimalla sekä haastattelemalla. Teidän odotuksianne ja käsi-tyksiänne fysioterapiaohjauksesta kartoitetaan teemahaastattelulla ennen leikkausta, leikkausta edeltävän ohjauskäynnin jälkeen sekä leikkauksen jälkeen. Haastatteluteemat liittyvät toimintakykyyn, odotuksiin fysioterapiasta ja kokemuksiin toteutuneesta fysioterapiaohjauksesta ja sisäl- löstä, omiin harjoituksiin ja niiden merkitykseen toipumisessa.

Toimintakykyä kartoitetaan videoimalla toimintaa kotona ennen leikkausta ja leikkauksen jäl- keen. Seuraavat toiminnot videoidaan: kävely, vuoteeseen meno ja ylösnousu, sukien/kenkien pukeminen, omat harjoitukset ja mahdollisesti porraskävely, jos kotona/kotiin on portaita. Lisäksi fysioterapiatilannetta sairaalassa videoidaan ohjauskäynnillä sekä fysioterapiatilanteessa leik- kauksen jälkeen.

Haastatteluun ja videointiin ennen ja jälkeen leikkauksen saa varata aikaa noin 2 tuntia. Nämä toteutetaan Teidän kotona.

Sairaalassa videointi suoritetaan normaalin fysioterapiatapaamisen yhteydessä.

Tutkimuksesta ei koidu Teille mitään vaaraa ja sen voi halutessaan keskeyttää. Keskeyttäminen ei aiheuta mitään hankaluutta Teille jatkohoidossa.

Tutkimuksessa esiin tulevat tiedot ovat täysin luottamuksellisia eikä kenenkään henkilöllisyyttä voida tutkimuksen tuloksia lukiessa saada selville. Tutkimusaineistoa käsittelee vain tutkimuk- sen toteutukseen osallistuvat henkilöt eikä tietoja luovuteta ulkopuolisille.

Tutkimus on Teille täysin vapaaehtoista ja tutkimuksesta ei koidu Teille ylimääräisiä kuluja.

Lisätietoja tutkimuksesta antavat tutkimuksen toteutuksen vastuuhenkilö:
fysioterapian osastonhoitaja, [REDACTED]

Tutkimuksen vastuulääkärinä toimii [REDACTED]

**KIITOKSET JO ETUKÄTEEN OSALLISTUMISESTANNE TUTKI-
MUKSEEN!**

Liite 2: Suostumuslomake

31.8.2009

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA:

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimukseen [REDACTED] sairaalassa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ja kehittää potilasohjausta fysioterapiassa lonkan tekonivelleikkauksessa. Tiedon hankinnassa käytetään videointia ja haastattelua.

Olen saanut tutkimuksesta riittävän kirjallisen ja suullisen selvityksen, minkä myös allekirjoituksellani vahvistan. Olen myös tietoinen siitä, että tietoni pysyvät luottamuksellisina ja tutkimustuloksista ei voi henkilöllisyyttäni päätellä. Lisäksi voin halutessani tutkimuksen keskeyttää ilman, että siitä aiheutuu minulle mitään haittaa jatkohoidossa.

Vantaalla päivänä kuuta 2010.

Suostumuksen antajan allekirjoitus: _____

Suostumuksen antajan nimi: _____

Suostumuksen antajan syntymäaika : _____

Suostumuksen antajan kotiosoite: _____

[REDACTED]
Tutkimuksen vastuuhenkilö [REDACTED]

Suostumuksen vastaanottanut

Liite 3: Haastatteluteemoihin liittyviä kysymyksiä

HAASTATTELUTEEMOIHIN LIITTYVIÄ KYSYMYKSIÄ

PREOPERATIIVINEN VAIHE

Haastattelu preoperatiivisen fysioterapiaohjaus käynnin jälkeen

- Mistä preoperatiivisen ohjauksen osa-alueesta sait riittävästi tietoa, mikä jäi liian vähäiseksi?
- Miten koit ohjauksen? Kuvaile ohjaustilannetta.
- Kuvaile sinun ja fysioterapeutin välistä vuorovaikutusta. (Kuunteliko fysioterapeutti sanomaasi, saitko tuotua mieltä askarruttavat asiat esille)
- Miten fysioterapeutti huomioi sinun henkilökohtaiset tavoitteesi ja toiveesi?
- Saitko mukaan kirjalliset ohjeet, oliko niissä kaikki tarvittava tieto?
- Miten preoperatiivinen käynti muutti suhtautumistasi leikkaukseen ja sen jälkeiseen kuntoutukseen?
- Mikä oli mielestäsi ohjauksessa tärkeintä?
- Miten koit preoperatiiviseen käyntiin varatun ajan, oliko se riittävä?